SUR UNE VARIÉTÉ PEU CONNUE

D'ŒSOPHAGISME

(OESOPHAGISME RÉFLEXE)

Digitized by the Internet Archive
in 2015

https://archive.org/details/b21979194

SUR UNE VARIÉTÉ PEU CONNUE

D'ŒSOPHAGISME

(ŒSOPHAGISME RÉFLEXE)

PAR

le Docteur Léon DEROIDE

PARIS
V. ADRIEN DELAHAYE et Cie,
place de l'École de Médecine.

1879

R38955

SUR UNE VARIÉTÉ PEU CONNUE

D'ŒSOPHAGISME

(ŒSOPHAGISME RÉFLEXE)

Nous avons observé pendant plusieurs années un malade atteint d'œsophagisme. Nous avons appelé ainsi cette affection parce que le terme *œsophagisme*, dans son acception la plus simple, signifie *spasme de l'œsophage*; de plus, il a l'avantage de faire pressentir qu'il n'existe pas de rétrécissement organique, matériel ou même durable. - C'est pourquoi nous avons adopté cette dénomination, de préférence à celle de *rétrécissement spasmodique*.

Tous les auteurs, du reste, sont loin d'être d'accord sur le sens qu'on doit accorder au mot œsophagisme; pour Mondière, cette affection « consiste en une constric-
» tion plus ou moins complète et durable du canal
» pharyngo-œsophagien, pouvant produire une dys-
» phagie absolue, ou empêcher seulement la déglutition
» des corps solides ou liquides. Tantôt ce spasme est
» borné au pharynx ou à l'œsophage, tantôt il occupe
» ces deux conduits à la fois. »

Il est certain qu'en clinique, ce n'est point ainsi qu'on entend l'œsophagisme, qui implique avant tout l'idée de *constriction momentanée, intermittente et sans diminution dans le calibre du conduit œsophagien.*

Nous ne comprenons pas non plus qu'un « spasme » borné au pharynx » puisse constituer l'œsophagisme.

Pour nous, l'œsophagisme c'est *le spasme de l'œsophage;* il suffit alors d'indiquer la nature et la variété du spasme. C'est ce que nous établirons dans le courant de ce travail.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie de l'œsophage.

Avant d'aborder notre sujet, il n'est pas inutile de rappeler quelques données anatomiques que nous aurons à invoquer dans le courant de notre travail.

Un point important à noter tout d'abord, c'est que l'œsophage est la partie la plus étroite du canal alimentaire ; il y a à cela une raison physiologique, c'est que le bol alimentaire, une fois engagé dans ce conduit, pourra traverser librement toutes les autres parties du tube digestif, bien qu'il ne soit plus soumis désormais à une action mécanique efficace ; en revanche, cette étroitesse normale de l'œsophage est une cause prédisposante aux rétrécissements pathologiques.

Mais cette notion générale ne suffit pas ; pour l'étude des rétrécissements et de leur traitement, il faut des connaissances précises sur le diamètre des diverses parties de l'œsophage.

En effet, ce conduit qui offre une longueur de 22 à 25 centimètres, a été subdivisé en trois portions : une portion cervicale, une portion thoracique et une portion abdominale.

La limite inférieure est unanimement fixée par tous les auteurs à la onzième vertèbre dorsale ; mais, pour

sa limite supérieure, les anatomistes varient; d'après Meckel, Cruveilher, par exemple, cette extrémité repose sur la cinquième vertèbre cervicale ; d'après M. Sappey, sur le disque qui unit la sixième à la septième, et, quelquefois même, sur la septième vertèbre cervicale.

D'après Follin, ces différences tiendraient à la position qu'on donne à la tête ; dans l'extension, l'orifice pharyngien correspondrait au corps de la cinquième cervicale, ou au disque qui sépare la cinquième de la sixième; dans la flexion extrême, au disque qui sépare la sixième de la septième; enfin, dans la position moyenne, au corps de la sixième vertèbre cervicale.

M. le docteur Mouton[1], que nous aurons plus d'une fois occasion de citer, est arrivé à des résultats analogues.

La distance qui sépare l'orifice supérieur de l'œsophage des incisives est, d'après lui, de 14 à 15 centimètres, et non de 25 centimètres, comme le prétend Béhier[2] ; toujours est-il qu'on ne s'explique pas comment certains auteurs, Follin lui-même, ont soutenu qu'on pouvait atteindre, avec le doigt introduit dans la bouche, l'extrémité supérieure de ce conduit.

La longueur de l'œsophage étant de 25 centimètres, la distance comprise entre les dents et son extrémité supérieure, de 15 centimètres, la sonde œsophagienne devra donc avoir une longueur d'à-peu-près 50 centimètres.

Quelle est la part qui revient aux trois portions de l'œsophage dans la longueur totale de ce conduit?

1 *Thèse de Paris*, 1874.
2 Béhier, *Clinique médicale*.

La portion cervicale de l'œsophage a pour mesure la distance qui sépare le bord inférieur du cartilage cricoïde d'un plan horizontal rasant la fourchette sternale et répondant en arrière au corps de la deuxième vertèbre dorsale : M. Sappey la fixe à 4 centimètres ou 4 centimètres 1/2 ; d'après M Tillaux, elle est tellement variable suivant les individus, qu'il l'a trouvée comprise entre 4 centimètres 1/2 et 8 centimètres 1/2 chez des sujets dont la taille ne différait que de 3 millimètres.

L'étendue de cette partie de l'œsophage était importante à déterminer, parce que c'est sur elle que se pratique l'œsophagotomie, et il est à remarquer que les limites qu'on lui assigne sont purement chirurgicales, car au point de vue anatomique, cette portion ne mesurerait, d'après M. Sappey, que de 1 à 2 centimètres.

La portion thoracique offre une longueur de 16 à 18 centimètres, et la portion abdominale de 2 à 3 centimètres.

Quel est, dans ces différentes parties, le calibre de l'œsophage? — Est-il uniforme, ou bien existe-t-il des dispositions spéciales qui nous permettent d'expliquer la fréquence plus grande des rétrécissements, soit spasmodiques, soit organiques, en certains points précis ? c'est ce qu'il s'agit de déterminer.

Ici nous aurons recours surtout au travail du docteur Mouton, dont les recherches ont modifié notablement les notions qui avaient cours dans les traités classiques. Il a pensé, avec juste raison que, pour avoir une idée exacte du calibre de l'œsophage, il fallait l'examiner en place et non après son insufflation, ni indépendamment

des organes avec lesquels il est en connexion. Pour cela, il a moulé l'œsophage avec du plâtre, et de bas en haut, afin que le poids de la substance employée n'influât pas sur les résultats acquis.

Il résulte de ces recherches, que l'œsophage ne se compose pas, comme le dit M. Sappey, et comme l'admet également Cruveilher, de deux cônes adossés par leur sommet au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, car si le cône supérieur existe réellement et offre à peu près la longueur que lui assignent les auteurs, il n'en est pas de même du cône inférieur; en effet, à partir de la quatrième vertèbre dorsale, à 7 centimètres de l'extrémité supérieure de l'œsophage et après une légère dilatation, le calibre diminue de nouveau à son extrémité inférieure, au lieu de s'élargir et atteint son minimum au niveau du diaphragme, à 21 centimètres de son origine, *où il ne mesure plus que 12 millimètres.*

En résumé, il existe dans l'œsophage trois points rétrécis, l'un à l'origine de l'œsophage (14 millim.), le deuxième à 7 centimètres au-dessous (14 millim.), le troisième à sa terminaison (12 millim.)

Les deux premiers étaient déjà connus, c'est sur le dernier surtout que le docteur Mouton a attiré l'attention; il avait été généralement méconnu parce qu'on avait mesuré le diamètre de l'œsophage après dissection et insufflation.

Or, ce rétrécissement normal paraît être principalement le résultat de la pression exercée par les piliers du diaphragme sur le conduit qui le traverse. De plus, il occupe une certaine étendue (5 centim.) et constitue

donc une véritable filière que le bol alimentaire doit traverser avant d'arriver au cardia.

Les deux rétrécissements supérieurs, l'un à l'origine de l'œsophage, l'autre à 7 centimètres plus bas, ne sont pas de nature musculaire ; c'est bien une diminution réelle du calibre, de là une différence considérable dans la dilatabilité : tandis qu'à la partie supérieure, le diamètre ne peut être porté que jusqu'à 19 millimètres, à la partie inférieure, au contraire, il peut aller jusqu'à 21 et 22 millimètres.

Nous insistons d'une façon toute particulière sur la configuration spéciale de cette extrémité inférieure de l'œsophage, car nous lui avons fait jouer un grand rôle dans la pathogénie du cas qui va nous occuper ; peut-être même pourrait-on généraliser l'application que nous avons faite de ces connaissances anatomiques à la physiologie pathologique et à l'étiologie d'un grand nombre de rétrécissements spasmodiques.

Nous avons donc là déjà une première donnée importante, *c'est au niveau de l'extrémité inférieure que le calibre de l'œsophage est réduit à son minimum ;* nous verrons, à propos de la structure de cet organe, que c'est en ce point que l'on trouve le plus grand nombre de fibres extrinsèques dont l'ensemble a même été désigné par M. Rouget[1] sous le nom significatif *de sphincter diaphragmatique de l'œsophage.*

C'est là encore que viennent se concentrer et s'accumuler en grande quantité les fibres intrinsèques, les fibres propres qui, chez certains animaux, *constituent un véritable sphincter interne.*

1 *Soc. de biologie*, 1851.

Nous serons donc autorisé à rapporter dans notre observation le siége de la maladie en ce point de l'œsophage, nous appuyant d'ailleurs sur l'autorité de Follin[1], qui avait déjà signalé cette particularité avant M. Mouton, sans toutefois se fonder sur des mensurations précises :

« Quand il traverse le diaphragme, l'œsophage » éprouve un rétrécissement marqué, qu'il est facile » de constater en portant le doigt dans l'œsophage, » soit de l'estomac dans ce conduit, soit de haut en » bas. » Et un peu plus loin : « Nous appelons toute » l'attention sur ce rétrécissement naturel de l'œso- » phage. Sa nature musculaire doit jouer un grand » rôle dans certains rétrécissements spasmodiques de » l'œsophage. »

Begin[2] aussi, dans son mémoire sur les corps étrangers, avait dit que ces corps, une fois qu'ils avaient dépassé le sternum, descendaient facilement, mais « la » partie de l'œsophage que le diaphragme embrasse » forme seule un dernier détroit que certains corps » ne peuvent franchir, et au-dessus duquel on les a » vus séjourner pendant un temps plus ou moins » long. »

Ce qui n'avait été qu'entrevu par Begin, confirmé par Follin, a été réellement vérifié par les recherches de Mouton d'une part, de Rouget et de Gillette d'autre part.

Nous croyons donc pouvoir formuler la proposition suivante :

1 *Th. d'agrégation de Paris*, mai 1853.
2 *Mém. de méd. milit.*, 1833, t. XX, p. 377.

Aux trois rétrécissements normaux correspond le siége de prédilection de trois variétés de rétrécissements pathologiques ; le rétrécissement inférieur est fréquemment le siége ou le point de départ du rétrécissement spasmodique : nous en donnerons de nouvelles preuves tirées de la structure de l'œsophage.

L'espèce de détroit qui existe normalement à la partie moyenne, à 7 centimètres au-dessous de l'orifice supérieur, est, sans conteste, le plus souvent affecté des rétrécissements congénitaux : l'embryologie nous apprend, en effet, qu'à ce niveau se fait la jonction des deux culs de sac qui, par leur réunion, constituent l'œsophage. Cette jonction peut manquer complètement et alors il y a imperforation. (C'est un point de contact de plus, soit dit en passant, entre l'œsophage et le rectum, qui en présentent tant d'autres au point de vue de la structure, du développement et de la pathologie).

Par cela même que ce point de l'œsophage est très étroit normalement, il est prédisposé à être également le siége d'un certain nombre de rétrécissements organiques.

Enfin, d'après la plupart des pathologistes, les rétrécissements fibreux et cicatriciels se trouvent ordinairement au niveau de l'orifice pharyngien ; cela ne tiendrait-il pas à ce que ces lésions reconnaissent habituellement pour cause l'ingestion de liquides bouillants et caustiques, introduits accidentellement, et dont l'action se limite à la partie supérieure de l'œsophage, soit parce que la contraction spasmodique de ce conduit musculeux les empêche de progresser, soit parce qu'ils sont rejetés immédiatement par des efforts convulsifs du pharynx ?

Après avoir insisté plus particulièrement sur le calibre de l'œsophage, nous devons dire aussi quelques mots de sa direction si remarquable. Situé, en effet, d'abord à gauche de la ligne médiane, il se dévie ensuite à droite au moment de pénétrer dans le thorax, puis croise l'aorte de droite à gauche et d'arrière en avant, pour se replacer définitivement à gauche au moment de traverser le diaphragme.

De là deux courbures, l'une supérieure dont la convexité regarde à droite, l'autre inférieure dont la convexité est dirigée en sens inverse.

Ces deux courbures se rencontrent précisément au niveau du rétrécissement moyen, qui correspond à la quatrième vertèbre dorsale; c'est là, en effet, que l'aorte, en se portant à gauche, force l'œsophage à se dévier à droite.

La courbure supérieure est appliquée sur la région cervicale; mais en est-il de même de la courbure inférieure, c'est-à-dire de la portion thoracique? suit-elle la concavité de la colonne vertébrale? M. Richet répond par l'affirmative, et c'est même pour ce motif que Chassaignac conseillait de pratiquer le catéthérisme dans la position fléchie de la tête pour donner aux deux courbures une direction commune. C'est encore cette disposition anatomique qu'on a invoquée pour expliquer l'attitude que prennent les malades atteints de dysphagie, au moment où le bol alimentaire doit parcourir l'œsophage.

Mais cette notion anatomique qui a inspiré et le procédé opératoire, reconnu mauvais du reste, et l'explication de cette attitude, est tout-à-fait erronée; la direction de la portion thoracique de l'œsophage est

parfaitement verticale d'après MM. Cruveilher, Sappey, Tillaux et Mouton.

Nous ne signalerons ici que les principaux rapports de l'œsophage, ceux qui peuvent rendre compte de certaines dysphagies d'origine extrinsèque, et de certains phénomènes morbides liés aux rétrécissements.

Au cou, l'œsophage, situé dans le triangle omo-trachéal, de Velpeau, est en rapport ; en avant, avec la trachée dont il se laisse facilement séparer, en arrière, avec la colonne vertébrale au moyen d'un tissu cellulaire lâche; latéralement, avec le lobe gauche de la glande thyroïde, l'artère thyroïdienne inférieure, le nerf récurrent gauche qui repose sur la face antérieure de l'œsophage dans le sillon qui le sépare de la trachée, tandis que le récurrent droit répond au bord droit de l'organe; enfin, l'œsophage est encore en connexion avec le faisceau vasculo-nerveux contenu dans la région sterno-mastoïdienne, mais plus spécialement à gauche.

De toutes ces connexions résultent autant de causes de compression pouvant faire croire à un rétrécissement : tumeurs du corps thyroïde, corps étrangers engagés dans la trachée , anévrysmes de la carotide , exostose de la colonne vertébrale, phlegmon du tissu cellulaire rétro-œsophagien consécutif dans certains cas aux phlegmons rétro-pharyngiens, tels sont les différents états pathologiques qui peuvent entraver la marche des aliments dans cette partie de l'œsophage et donner quelquefois lieu, du moins pour certains d'entre eux, à des erreurs de diagnostic.

La situation des nerfs récurrents nous explique les troubles de la phonation, dans les cas de lésion orga-

nique de l'œsophage, et même de corps étrangers de ce conduit sans altération concomitante du larynx.

Dans le thorax, d'autres rapports importants doivent attirer notre attention ; en avant, c'est la bronche gauche qui laisse son empreinte sur le moule de l'œsophage, c'est le péricarde, d'où une dysphagie due non-seulement à la compression par un épanchement abondant, mais au simple retentissement d'une inflammation sèche de la séreuse sur les tissus œsophagiens et plus spécialement sur les nerfs pneumogastriques ; en arrière, c'est l'azygos et le canal thoracique; à droite, le feuillet droit du médiastin; à gauche, et c'est ici le rapport le plus important, l'aorte dont la crosse correspond précisément au rétrécissement moyen et dont la portion thoracique, d'abord située à gauche de l'œsophage, se trouve placée plus bas en arrière de lui. En raison de ces rapports de la crosse de l'aorte avec un des points les plus étroits du canal œsophagien (14 millimèt.), on s'expliquera aisément qu'une simple dilatation de l'artère, assez fréquente chez les vieillards, puisse donner lieu à de la dysphagie.

Dans sa portion abdominale très courte, si courte que Cruveilher doute de son existence, et que M. Mouton propose de l'appeler *portion diaphragmatique,* l'œsophage répond en avant au bord postérieur du foie, d'où la propagation possible d'un cancer de la glande hépatique à ce canal ; en arrière aux piliers du diaphragme.

Enfin, un dernier rapport très important est celui qu'il affecte avec les nerfs pneumo-gastriques qui lui sont intimement accolés, et qui, d'abord situés sur les parties latérales, se placent définitivement, le gauche, en avant et le droit en arrière ; de là la douleur causée

par une distension trop forte de l'œsophage, de là auss l'altération du timbre de la voix et les accès de suffocation dans les maladies de l'œsophage, par excitation réflexe de ces nerfs.

L'œsophage comprend dans sa structure trois couches: une couche musculeuse, une couche cellulo-fibreuse et une couche muqueuse. Disons tout de suite, pour n'avoir plus à y revenir, que la muqueuse est revêtue chez l'adulte d'un épithélium pavimenteux; que, sur sa face libre viennent s'ouvrir un grand nombre de glandes en grappe situées dans l'épaisseur de la couche sous-jacente; celle-ci adhère intimement à la précédente, faiblement à la musculeuse.

Signalons toutefois qu'il existe au-dessous de la muqueuse une couche de fibres lisses qui se retrouve, du reste, dans toute l'étendue du tube digestif, et *que ces fibres très rares à la partie supérieure de l'œsophage, forment à son extrémité inférieure une masse musculaire continue*[1].

C'est déjà là un premier fait qui nous montre cette tendance des éléments musculaires à se concentrer vers la terminaison de l'œsophage, vers sa partie diaphragmatique, tendance que nous trouvons encore bien plus accusée dans la couche musculeuse proprement dite, la plus importante des trois.

Cette couche, qu'ont bien décrite Winslow 1732, Albinus 1740, Ruysh 1742, Lieutaud, le Cruveilher de son époque, 1746, et enfin Boyer qui en donna la disposition complète que les auteurs modernes n'ont fait

1 Klein, *in Strikers Handbuch*.

que reproduire, cette couche est formée de deux plans superposés, l'un externe longitudinal plus épais, à l'inverse de ce qui se passe pour l'intestin; l'autre, interne ou circulaire.

Une question qui ne doit pas nous arrêter longtemps et sur laquelle on a beaucoup discuté, c'est de savoir si les fibres sont lisses ou striées, et si elles le sont dans toute l'étendue de l'œsophage. Pour Schwann[1], elles seraient striées dans le tiers supérieur de l'organe seulement ; pour Valentin[2], pour Ficinus[3], elles le seraient dans toute sa longueur. Cette dernière assertion a été démentie par Weker et Schweiger Seidel[4] et par Gilette[5], qui est arrivé aux résultats suivants :

Au niveau de son extrémité supérieure, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, l'œsophage offre une structure striée complète; un peu plus bas on trouve un mélange de fibres striées et de fibres lisses; à la partie moyenne, dans une longueur de 11 à 12 centimètres, il n'existe que des fibres lisses; enfin, à la partie inférieure, on rencontre de nouveau quelques fibres striées, mais beaucoup plus rares qu'à la partie supérieure.

Quoi qu'il en soit, on peut diviser avec Gilette les fibres musculaires en deux ordres : les unes, les fibres propres; les autres, les fibres accessoires qui naissent

1 *Muller's Arch.* 1836.

2 *Repertorium*, 1837.

3 *De fibr. musc. for. et struct.* Leipzik, 1836.

4 *Virch. Arch.* 1845.

5 *Journal d'Anat. et de phys.* de Ch. Robin, 1872.

des organes avec lesquels l'œsophage se trouve en rapport.

Des fibres propres, les unes sont longitudinales, les autres circulaires. Les premières naissent, comme l'a démontré Gillette d'une part, par un faisceau médian de la crête longitudinale du cartilage cricoïde, au moyen d'un ligament élastique signalé également par Treitz; d'autre part, par deux faisceaux latéraux de la trame cellulo-fibreuse doublant la muqueuse qui revêt les cartilages aryténoïdes ; ces fibres, par leur réunion, forment tout autour de l'œsophage un plan longitudinal continu.

C'est surtout pour la deuxième couche, ou couche annulaire, formée d'anneaux circulaires, quoique non parallèles, qu'on trouve cette augmentation d'épaisseur au niveau du tiers inférieur; chez certains animaux, notamment le cheval, il existe là un véritable sphincter interne qui ne permet pas les vomissements chez ce solipède.

Les fibres accessoires ne sont pas moins importantes : dans la portion thoracique, on trouve les fibres broncho-œsophagiennes, aorto-œsophagiennes et pleuro-œsophagiennes de Hyrth ; quant aux fibres diaphragmatiques, elles avaient déjà été mentionnées par Haller, Theile et Cruveilher, mais c'est surtout Rouget qui a attiré l'attention sur ce sujet :

« Il existe toujours chez l'homme un rudiment du » sphincter œsophagien si développé chez les ron- » geurs. »

Ce sphincter est formé par des fibres qui, parties du bord interne de chaque pilier du diaphragme, vont s'entrecroiser avec celles du côté opposé sur la face

antérieure de l'œsophage. Il y a donc là une nouvelle variété de fibres accessoires, qu'on peut appeler phréno-œsophagiennes.

L'existence de ces fibres nous explique comment on peut, par un effort de la volonté, s'opposer, jusqu'à un certain point, à un reflux des matières contenues dans l'estomac.

Ainsi, on peut dire que l'élément musculaire se concentre vers l'extrémité inférieure de l'œsophage. Sans parler ici de la musculeuse de la muqueuse, il faut noter surtout l'épaississement de la couche musculeuse proprement dite, et, de plus, la présence des fibres accessoires signalées par Rouget, qui, quoique venues du diaphragme, entrent réellement dans la constitution même de l'œsophage.

Nous nous croyons donc autorisé, en nous appuyant sur la dénomination choisie par Rouget, à admettre, dans nos descriptions, l'existence d'un véritable sphincter; et encore que ce sphincter ne se retrouve plus sur le cadavre, *il n'en est pas moins vrai qu'il existe réellement chez le vivant.*

L'étude des nerfs de l'œsophage n'a pas encore été faite d'une façon bien précise. Toutefois, on peut supposer, d'après la loi générale, que les éléments nerveux sont plus abondants au niveau de l'extrémité inférieure, où les fibres musculaires le sont également. Tout ce que l'on sait actuellement, c'est qu'il existe un premier plexus entre la couche longitudinale et la couche circulaire, un autre dans la couche celluleuse. Il existe même, d'après Kolliker, dans la muqueuse œsophagienne de la grenouille, deux réseaux de fibres nerveuses pâles et à noyaux, l'un superficiel, l'autre profond.

On a signalé des cellules ganglionnaires dans chacun de ces plexus (Bernak, Billroth).

Ces rapports intimes des plexus avec la muqueuse nous rendent compte de l'influence de l'œsophagite sur les spasmes de l'organe.

Quant à la terminaison des dernières ramifications nerveuses dans les éléments de la muqueuse, elle est inconnue. Notons toutefois que chez les amphibies et les reptiles, où l'on trouve dans l'œsophage au lieu de cellules pavimenteuses, un épithélium cylindrique et caliciforme, Frantz Eilhard Schulh[1], a signalé des dilatations variqueuses partant du pied de ces cellules et qu'on pourrait considérer, d'après lui, comme des terminaisons nerveuses. Il est vrai que cette description remonte à l'époque où Pflüger prétendait indiquer d'une façon précise les terminaisons des nerfs dans les cellules épithéliales, et que ses idées n'ont pas prévalu.

Toujours est-il que des ramifications nerveuses arrivent jusque dans la muqueuse, et qu'il est permis de supposer qu'une inflammation catarrhale de cette membrane de l'œsophage peut, à la longue, occasionner une névrite chronique qui explique, selon nous, certains cas de rétrécissements spasmodiques.

Nous allons maintenant rapporter le fait clinique qui nous a suggéré ce travail.

1 *In Arch.*, Max Schulh, 1867.

CHAPITRE II

Observation personnelle.

M. X..., né en 1820, n'a jamais été malade jusqu'à l'âge de 18 ans.

A cette époque, en 1838, au bout de trois ans d'études très sérieuses faites au collége de L..., il fut forcé de renoncer à la carrière toute de travail intellectuel qu'il voulait entreprendre.

Nous devons dire que l'année précédente, il éprouvait de temps en temps des palpitations de cœur ; il était allé voir une des grandes célébrités médicales d'alors, et comme la science de l'auscultation était moins bien connue que de nos jours, il ne faut point s'étonner que le médecin ait porté un pronostic qui ne s'est jamais réalisé. Il crut probablement à une hypertrophie cardiaque ou plutôt à un anévrysme de l'aorte, car il prévint son client qu'un jour ou l'autre, il pourrait bien lui arriver un accident subit et l'engagea en conséquence « à ne jamais courir, sous peine d'occasionner une rupture ! »

Aujourd'hui, la personne qui fait le sujet de cette observation a près de 60 ans, et tous les médecins qui l'ont soigneusement examinée, et nous-même n'avons jamais trouvé aucun signe de lésion cardiaque. Nous avons donc la conviction qu'il s'agissait tout simplement de palpitations nerveuses dues à un excès de travail intellectuel, qui disparurent bien vite sous l'influence d'un repos de quelques semaines.

Mais en 1838, le malade eut une gastro-entérite qui dura plus d'un an. On nous demandera comment nous osons ainsi porter un diagnostic rétrospectif, et pourquoi nous ne nous défions pas de cette gastrite que l'influence des doctrines de Broussais faisait autrefois voir partout, et que certains auteurs semblent vouloir nier aujourd'hui. Certes, nous savons qu'on a beaucoup exagéré la fréquence de cette maladie, mais quant à son existence, elle n'est pas douteuse. Les symptômes que présenta notre malade ne peuvent laisser aucun doute dans l'esprit ; et d'ailleurs, quand même l'on voudrait contester l'exactitude du fait, cela ne diminuerait en rien la valeur des considérations qui vont suivre.

Nous dirons seulement que, depuis cette maladie, qui céda au régime lacté et surtout au calme des champs, le sujet a toujours eu le système digestif très sensible.

Les quelques indispositions, rares du reste, qu'il a pu avoir pendant une période de 25 ans, consistent en indigestions, diarrhée ou constipation passagères.

A part donc cette gastro-entérite, M. X... s'est toujours porté à merveille.

Il n'a jamais eu beaucoup d'embonpoint, mais son tempérament nerveux, sa grande énergie physique et morale lui permettaient de faire de longues routes à pied, de s'appliquer à des études littéraires sans en souffrir le moins du monde.

Il n'y a pas de tuberculose dans sa famille. Ses parents sont morts âgés (68 et 70 ans); pas de diathèse morbide, aucun antécédent syphilitique, jamais aucune manifestation scrofuleuse.

Il s'est marié à l'âge de 28 ans, à une femme robuste qui a mis au monde neuf enfants bien constitués.

Nous constatons donc que, depuis l'âge de 19 jusqu'à 46 ans, M. X... a toujours été très-bien portant; il nous disait encore dernièrement « qu'il n'avait jamais eu une bronchite. »

C'est en 1866, à la suite de graves soucis, qu'éclatèrent une série d'accidents que nous n'avons pas notés dès cette époque, mais que nous décrirons avec une stricte exactitude, d'abord parce que nous les avons encore gravés dans l'esprit, et parce que le patient, homme très-intelligent, a pris soin de noter tous les symptômes et les phases de sa maladie et les sensations qu'il a éprouvées. Sur ce point, nous pouvons affirmer que si notre observation n'a pas l'apparence mathématique de celles qu'on recueille habituellement dans les hôpitaux, elle n'en est pas moins empreinte d'un cachet d'entière vérité, et nous sommes

convaincu que la sincérité et l'intelligence d'un malade qu'on voit journellement valent bien, pour une étude clinique, la feuille d'hôpital qui relate chaque jour la température et le nombre de pulsations d'un individu qui accuse des symptômes étranges, subjectifs, quelquefois imaginaires ou trompeurs, ou d'un sujet qui, suivant l'expression consacrée, n'est plus un homme, mais un numéro.

Nous allons entrer maintenant dans une période que nous pouvons appeler des *antécédents positifs*, période qui s'étend jusqu'en 1872. Nous serons obligé de discuter certaines questions de pathologie pour mieux comprendre par la suite la pathogénie et la physiologie pathologique de l'affection qui nous occupe.

Au mois de juin 1866, M. X... fut atteint d'une pharyngite très intense qui l'inquiéta surtout à cause de la surdité qu'elle occasionnait. C'est qu'un travail inflammatoire déterminait une obstruction complète de la trompe d'Eustache, jusqu'au moment où un abcès s'ouvrit spontanément, et l'on vit alors s'écouler par la bouche une petite cuillerée de pus de bonne nature. Le malade se trouvait certainement soulagé, mais la dysphagie, qu'on attribuait naturellement à l'état morbide de l'arrière-gorge, persistait, ainsi qu'une teinte rouge violacé de tout le pharynx et de la luette. Personne ne trouvait donc étonnant que le malade avalât difficilement, puisque, en fait, il avait encore une angine bien nettement caractérisée.

M. X... d'ailleurs avait une fièvre modérée ; il ne garda jamais complètement le lit, et après l'ouverture de l'abcès, tout phénomène fébrile avait disparu.

Quand il voulut essayer de reprendre de la nourriture, il s'aperçut qu'outre la difficulté qu'il éprouvait dans l'acte de la déglutition, les *aliments déterminaient une douleur le long de l'œsophage, surtout au niveau du cardia,* et que, une fois arrivés dans l'estomac, ils donnaient lieu à tous les phénomènes qu'on voit se produire dans le catarrhe subaigu de la muqueuse de l'estomac, nous dirions plus volontiers dans la gastrite.

En effet, la plus petite quantité de liquide, de l'eau par exemple, déterminait aussitôt une sensation de plénitude. Quelque temps après le repas, on pouvait constater chez le malade un soulèvement de la région épigastrique, une distension de l'estomac, conséquence d'une formation anormale de gaz. On admet habituellement que cette *dyspepsie flatulente,* comme on l'appelle, est due à la décomposition des ingesta ; le suc gastrique ne serait pas secrété en quantité suffisante, et le mucus agirait alors comme ferment, en produisant une grande quantité de gaz. N'y aurait-il pas plutôt une contraction spasmodique du pylore, et, dans quelques cas, du cardia, contraction réflexe due à une hyperesthésie de la muqueuse stomacale enflammée ? Nous sommes tenté de donner cette explication de la dyspepsie flatulente. Il est certain que la formation anormale de gaz dilate l'estomac et paralyse les mus-

cles de cet organe, mais il n'est pas moins évident que si l'orifice du pylore laissait une libre ouverture aux gaz, ceux-ci tendraient à s'engager comme les aliments dans l'intestin grêle.

M. X..., comme nous l'avons déjà dit, n'avait pas de fièvre, mais une constipation opiniâtre.

Le phénomène le plus frappant était le ballonnement de l'estomac ; le malade se promenait de tous côtés, cherchait de l'air, car le diaphragme ne pouvait plus fonctionner, refoulé qu'il était par un estomac aussi dilaté. Cet état d'angoisse durait jusqu'à l'expulsion de gaz soit par le bas, soit par la bouche. Alors, on entendait une éructation très-bruyante que le malade comparait à « une écluse qui s'ouvre et laisse écouler tout d'un coup le trop-plein d'une rivière qui déborde. »

Voilà pour les symptômes observés du côté de l'estomac. De cet ensemble de faits, un seul nous paraît peu commun, c'est cette sortie si brusque, cette explosion de gaz remontant rapidement le long de l'œsophage. Notons qu'il n'y a jamais eu *ni régurgitation, ni vomissement, ni vomiturition d'aucune sorte, ni hoquet.*

Ces éructations bruyantes nous paraissent dues à une inflammation de l'œsophage qui existait concurremment avec la gastrite.

On ne trouve de traces de l'œsophagite, qu'à partir de Fernel, 1542. C'est Mondière [1] qui, en 1829, a le

1 Mondière, Th., de Paris 1829. *Recherches sur l'inflammation de l'œsophage et sur quelques points de l'anatomie pathologique de cet organe.*

premier étudié d'une façon complète, les inflammations de l'œsophage.

Quelle a été la marche de l'affection ? Nous ne saurions rien préciser à cet égard ; mais il y a évidemment une relation entre ces processus morbides. Velpeau[1] dit à propos de l'œsophagite : « Quelquefois l'in-
» flammation remonte de l'estomac à l'œsophage, et
» bien plus souvent encore on la voit, suivant une
» marche inverse, s'étendre de la partie inférieure du
» pharynx à l'œsophage, et cette particularité a été
» observée chez un assez grand nombre de malades
» dans une épidémie d'angine, dont l'histoire est con-
» signée dans les annales de Montpellier. (T. IV,
» p. 87). »

De même M. Luton[2], dans un savant article sur la pathologie de l'œsophage, dit en examinant les causes de l'œsophagite :

« Du reste, l'étiologie des inflammations *de l'ar-*
» *rière-gorge et de l'estomac* complétera cette revue,
» d'autant plus que, par extension, l'œsophage parti-
» cipe souvent à ces affections, entre lesquelles il se
» trouve placé et auxquelles il sert de conducteur,
» lorsqu'il est de leur nature de se généraliser dans
» les voies digestives ; exemple, le *muguet* des nou-
» veaux-nés et des enfants en bas-âge. »

Follin[3], toujours compétent en pareille matière,

1 Velpeau. Dict. en 30 vol. t., XXI, p. 386.
2 *In Nouveau Dict. de méd. et de chir. prati.*, t. 24.
3 Follin, loc. cit.

affirme cette propagation de l'inflammation du pharynx à l'œsophage.

On voit donc que l'œsophagite existe réellement. Cette inflammation peut atteindre plusieurs degrés. La muqueuse peut être simplement hyperhémiée; ce qui arrive le plus souvent dans l'œsophagite non traumatique, c'est l'œsophagite catarrhale; alors on voit sur la muqueuse quelques plaques rouges disséminées, une couche de mucus ou de muco-pus adhérent à la muqueuse. Nous verrons tout-à-l'heure que c'est à cette forme que nous avons eu affaire. L'œsophagite peut encore être ulcéreuse, alors il y a des crachements de sang; diphtéritique, folliculeuse (maladie bien étudiée par Mondière), phlegmoneuse, etc.

Ce qu'il nous importait d'établir, c'était l'existence de l'œsophagite, la possibilité de sa production à la suite d'une angine ou d'une gastrite; voyons maintenant quels étaient ses symptômes.

Voici la description que donne Velpeau de cette affection :

« Douleur légère et ensuite de plus en plus vive vers » un point quelconque de l'œsophage, qui devient » excessive quand le bol alimentaire vient à glisser » sur l'endroit enflammé.

» Dès le début de l'inflammation, quel qu'en soit le » siége, *la douleur est rapportée par les malades à » l'extrémité inférieure du pharynx, sensation qui » se rapproche de celle qu'éprouvent, à l'extré-*

» *mité de la verge, les individus affectés de*
» *blennorrhagie ou de calcul vésical.*

» *Le spasme de l'œsophage est un signe très*
» *puissant de son inflammation.* Tantôt il est con-
» tinu, d'autrefois, *et c'est le cas le plus ordinaire, la*
» *contraction spasmodique ne se montre qu'au mo-*
» *ment où le malade cherche à avaler, surtout les*
» *liquides.*

» On observe aussi toujours dans l'œsophagite
» une *expuition* plus ou moins difficile et abon-
» dante de matières *glaireuses,* surtout lorsque l'in-
» flammation a envahi, en même temps que la muqueuse
» œsophagienne, les cryptes qu'elle recouvre. *Le plus*
» *ordinairement l'œsophagite ne s'accompagne pas*
» *de phénomènes de réaction,* cependant on en ob-
» serve quelquefois. »

Rostan [1], de son côté, parle en ces termes de l'œsophagite : « L'inflammation de l'œsophage est une
» maladie assez rare et le plus souvent légère. Elle
» est caractérisée pendant la vie par la douleur locale,
» la gêne de la déglutition ; le bol alimentaire parvenu
» vers le lieu où siége l'inflammation, s'arrête, occa-
» sionne des efforts de déglutition, et une douleur
» d'autant plus vive qu'il est plus volumineux, plus
» dur, plus inégal. La douleur se fait sentir, soit au
» devant des vertèbres cervicales, soit sous le sternum,
» entre les épaules, soit vers le cardia, sous l'appen-

1 Cours de médecine clinique Bruxelles, 1832.

» dice xiphoïde, suivant l'endroit que l'inflammation
» occupe. La résolution est la terminaison ordinaire
» de l'œsophagite, ce qui n'a pas permis jusqu'à ce
» jour de trouver des traces organiques qu'elle peut
» laisser après elle ; bien entendu que nous faisons
» abstraction du cancer de l'œsophage. Cette maladie
» ne donne jamais lieu à des phénomènes généraux.
» Si pourtant elle occupait tout l'œsophage, qu'elle fût
» intense et déterminée par une cause grave, on con-
» çoit sans peine que des signes de réaction pourraient
» se manifester. »

M. Jaccoud admet et décrit parfaitement l'œsophagite catarrhale, et il dit:

« Pour peu que l'inflammation soit intense, le pas-
» sage du bol alimentaire est gêné ou empêché, il y
» a de la *dysphagie (dysphagia inflammatoria)* ;
» *celle-ci ne résulte point d'une diminution dans le*
» *calibre du canal, elle est l'effet d'une crampe des*
» *muscles œsophagiens, laquelle est provoquée par*
» *le contact des substances ingérées sur la mu-*
» *queuse irritée.* »

Nous nous plaisons à consigner cette expression de *crampe des muscles œsophagiens*, elle dépeint exactement l'état de notre malade, et d'ailleurs toute cette description viendra à l'appui de notre manière de voir sur la nature de l'affection.

Ces symptômes, qui sont ceux de l'œsophagite catarrhale, ont été parfaitement observés chez M. X...

La douleur ne se montrait que sous l'influence du passage du bol alimentaire sur la muqueuse œsophagienne; elle était localisée surtout au niveau du cardia; le malade rendait compte de ce qu'il éprouvait en disant : « Il me semble que les aliments que j'ai » avalés avec tant de peine, se convertissent en gra- » viers aussitôt qu'ils ont franchi l'isthme du gosier, » mais c'est au creux de l'estomac que la douleur est » plus vive. » Nous n'avons jamais noté chez M. X... ces douleurs entre les épaules signalées par plusieurs auteurs dans l'œsophagite.

Quant à la dysphagie, le malade croyait toujours qu'elle était sous la dépendance de l'angine, et ce n'est qu'après la guérison de celle-ci que ce symptôme — qui constitue à vrai dire toute l'infirmité du malade — s'est révélé avec tous ses vrais caractères. Cependant M. X... remarquait qu'il avalait alors les liquides beaucoup plus difficilement que les solides, contrairement à ce qui se passe habituellement chez les individus qui ont un mal de gorge, mais qui se rapporte à l'œsophagite.

Nous ne doutons pas, pour notre part, que cette dysphagie ait été produite par le spasme qui accompagne presque toujours l'œsophagite ; en effet, le malade était dans l'impossibilité presque absolue de boire un liquide quelconque, chaud ou froid.

M. X... éprouvait en outre et particulièrement dans l'intervalle des tristes repas qu'il pouvait faire, un léger chatouillement qu'il distinguait très-bien du chatouillement laryngien et qu'il rapportait justement à

l'œsophage. Cette gêne déterminait des efforts d'expuition, et le malade, qui examinait ses crachats, voyait parfaitement qu'ils venaient du tube digestif ; en effet, ils étaient gluants, non aérés et formés d'un mucus épais. C'est surtout quand l'œsophage avait subi le contact des aliments que cette sécrétion se produisait. — Tel a été l'état de M. X... pendant environ un mois.

Cette œsophagite s'est certainement bornée à l'inflammation catarrhale puisque la douleur était peu intense, les phénomènes généraux presque nuls. Comme du reste il n'y a jamais eu le moindre filet de sang, ni aucune trace de pus dans les crachats du malade, on peut affirmer qu'il ne s'agissait ici, ni de l'œsophagite ulcéreuse, ni de la forme phlegmoneuse.

Le traitement qu'on lui fit suivre n'était pas de nature à améliorer la situation : sulfate de quinine (75 centigrammes par jour), viandes saignantes, vin de Bordeaux, etc., etc. Aussi le malade, désespérant de la thérapeutique, n'écouta plus que lui-même ; il prit autant de lait qu'il put en avaler (soupes, pain trempé dans du lait), des bains souvent répétés, quelques purgatifs doux, et il renonça pendant quinze jours à la viande, au vin et à tous les excitants. Au moyen de ce régime on vint à bout de la gastrite ; la rougeur du pharynx avait beaucoup diminué et la santé générale redevenait bonne.

Une seule chose persistait, c'était la dysphagie, M. X... avalait bien quelques bouchées de pain ou de

viande, mais quand il essayait de manger davantage, un spasme se produisait, qu'il lui était impossible de vaincre ; il fallait attendre quelques instants pour ingérer de nouveaux aliments. Quant aux boissons, elles étaient avalées encore plus difficilement. Cependant l'amélioration s'accentua bientôt, et au mois d'août, c'est-à-dire deux mois après le début de la maladie, M. X... était à peu près bien portant.

Au repas du soir, il éprouvait de temps en temps une certaine gêne de la déglutition, et on le voyait faire quelques efforts dans le but d'avaler plus facilement. Il fléchissait la tête, pressait le sternum contre le bord de la table pour prendre un point d'appui solide, et avec ses deux mains il saisissait également les bords de la table pour tâcher de vaincre le spasme qui se produisait évidemment.

M. X... n'a jamais pu avaler les liquides comme autrefois ; il buvait à petites gorgées, à la manière des pigeons ; et dans les moments où la dysphagie semblait être un peu plus marquée que d'habitude, c'étaient les boissons que le malade avait le plus de peine à avaler.

Mais cette gêne légère, et qui d'ailleurs ne se produisait environ que pendant un repas sur trois, n'empêchait pas M. X... de manger et de boire comme tout le monde ; il avait, du reste, toute l'apparence d'une bonne santé ; nous nous rappelons même que, en septembre 1871, il a fait tous les honneurs de la table

dans une réunion joyeuse. — Les choses allèrent ainsi jusqu'au mois de juin 1872.

Nous voici maintenant dans la *période d'état*. Alors, sans aucune cause occasionnelle bien appréciable, peut-être cependant à la suite d'ennuis divers, on vit se reproduire le même cortége d'accidents qu'en 1866; seulement il n'y eut plus d'angine, et la gastrite le cédait en intensité à la dysphagie, qui acquit un degré très inquiétant. M. X... avalait avec peine deux tranches de pain le matin, et la digestion en était laborieuse. A midi, il lui était presque impossible de manger la plus petite quantité d'aliments, les boissons ne franchissaient jamais le pharynx. — Quant au repas du soir, il ne fallait pas y songer, la dysphagie était absolue. Nous avons vu M. X... accusant une faim dévorante, s'épuiser en vains efforts pour avaler quelques morceaux de pain, afin de pouvoir s'endormir sans trop souffrir du besoin de manger. — Quand il parvenait à s'endormir, au bout de quelques heures de sommeil, la dysphagie était moins forte et le malade pouvait prendre un peu d'aliments.

Comme c'est à partir de ce moment que l'affection s'installa définitivement chez M. X..., nous allons en décrire tous les symptômes qui existent d'ailleurs encore aujourd'hui, mais à un degré moins marqué. Voici à peu près le type de cette dysphagie si intéressante à étudier.

M. X..., en se mettant à table, n'éprouvait aucune

douleur, aucun malaise ; son seul désir était de pouvoir manger autant qu'un homme bien portant. Il avalait normalement la première bouchée , il la sentait descendre comme des graviers le long de l'œsophage; arrivé au niveau du cardia, le bol alimentaire déterminait une sensation de constriction pénible, mais très passagère ; la seconde bouchée arrivait encore à l'œsophage sans aucune difficulté, et déterminait la même sensation que la première jusqu'à son entrée dans l'estomac.

A la troisième ou quatrième bouchée, le malade parvenait difficilement à avaler ; après avoir mâché pendant une ou deux minutes les aliments, il essayait de faire le mouvement de déglutition, mais l'orifice supérieur de l'œsophage n'était pas libre, et les aliments restaient dans la bouche ; ce spasme de l'œsophage ne produisait aucune douleur. Puis, M. X... cherchait de nouveau à avaler, sans y réussir davantage ; enfin, à force de tâtonnements, essayant de tromper le spasme, il finissait, au prix des plus grands efforts, à introduire cette bouchée dans le conduit œsophagien ; les mêmes phénomènes reparaissaient comme précédemment.

Quelquefois , et plus souvent *le matin , ou après quelques instants de repos*, le malade pouvait ingérer cinq ou six bouchées, puis la barrière était infranchissable, la salive même n'était pas avalée.

Alors, M. X... éprouvait une sensation de plénitude de l'estomac, il desserrait ses vêtements , se mettait à

l'aise, et il accusait très nettement une constriction à la région épigastrique, à peu près au niveau de l'orifice cardiaque. Tout à coup, après quelques renvois étouffés, — nous ne trouvons pas d'autre terme pour qualifier ces éructations que nous n'avons vu décrire nulle part, — M. X... avait une éructation bruyante, caractéristique, dont nous avons déjà parlé; cette explosion éclatait avec tant de bruit, qu'on pouvait l'entendre d'un appartement à un autre. Pour le malade, c'était le signal d'apaisement; le spasme, disait-il, était fini et la déglutition redevenait possible. En effet, M. X... pouvait de nouveau avaler quelques aliments; mais la dysphagie reprenait progressivement de sa force, et, comme dans la première période, elle devenait absolue au bout de quatre à cinq bouchées. — Alors, nouvelle éructation très-éclatante, indiquant qu'il n'y avait plus d'obstacle, et ainsi de suite.

Cependant, quand le malade n'avait pas reposé quelque temps, ainsi, par exemple, vers le milieu ou la fin de la journée, il ne pouvait manger plus de dix à douze bouchées. Quelquefois même, et particulièrement le soir, la déglutition était d'emblée impossible. Ce rythme bizarre ne se reproduit pas toujours d'une façon aussi régulière; ainsi, maintenant, le malade a seulement deux ou trois éructations bruyantes pendant chaque repas, et même le matin, il peut assez souvent déjeuner sans trop de difficultés.

Si nous ajoutons que M X... ne pouvait pas avaler la plus petite portion d'un liquide quelconque, qu'il

éprouvait véritablement de l'hydrophobie, nous aurons dépeint le triste spectacle d'un repas de ce singulier malade.

Toutes les digestions n'étaient pas aussi laborieuses qu'en 1866, mais il existait néanmoins une légère gastrite, se traduisant par de la dyspepsie flatulente et des pesanteurs d'estomac. C'était la difficulté d'avaler qui dominait la scène, c'était l'aphagie complète qu'on redoutait.

L'expuition œsophagienne existait comme dans la première atteinte du mal ; mais il n'y a jamais eu de symptômes généraux, jamais de fièvre. La constipation était constante et encore maintenant, M. X... a remarqué que son état était d'autant meilleur, que les garde-robes étaient plus faciles, plus régulières et plus fréquentes. Jamais on n'a noté de vomissements, ni de régurgitation ; *les aliments, une fois parvenus dans l'œsophage, ne refluaient jamais vers la bouche.*

Les médecins qui examinèrent alors M. X... ne trouvèrent aucune lésion viscérale ; quelques-uns voyaient dans cette affection une paralysie du pharynx; ceux-là ne tenaient aucun compte des sensations si bien perçues par le malade, ni des relations physiologiques qui existent entre l'estomac, l'œsophage et le pharynx.

On ne put donc instituer de traitement convenable pour entraver la maladie, et M. X... alla en s'affaiblissant jusqu'au 22 août 1872, époque à laquelle il se décida à aller consulter à Paris M. Demarquay et un

autre médecin bien connu. La maigreur squelettique du malade et son teint anémique, faisaient croire à beaucoup de praticiens, qu'il existait une tumeur, une lésion organique inaccessible à l'examen physique ; et si tous les hommes de l'art avaient des avis partagés sur la nature du mal, tous étaient d'accord sur le pronostic : M. X... devait mourir à bref délai !

M. Demarquay examina soigneusement le malade et ne lui trouva aucun désordre matériel qui pût expliquer cette dysphagie si rebelle. Il lui passa trois sondes œsophagiennes de calibre différent, en commençant par les plus petites. La sonde jouait alors le même rôle que le bol alimentaire et déterminait un spasme très violent qui mettait M. X... dans un état d'angoisse extrême ; mais la plus grosse des sondes arriva facilement dans l'estomac, sans être tachée par du sang ou une matière organique quelconque, et l'éminent chirurgien déclara qu'il n'y avait pas de *lésion organique, pas de rétrécissement ;* d'après lui, il s'agissait simplement d'une affection nerveuse pour le traitement de laquelle il envoya le malade aux eaux de Plombières, en lui disant : « Allez vous refaire aux eaux, vous n'êtes plus qu'un cadavre. »

Pendant son séjour dans cette ville de bains, M. X... vit disparaître rapidement les troubles digestifs qui ajoutaient encore à sa faiblesse. Il se nourrit presque exclusivement de boulettes de viande crue. *C'était pendant la nuit que la déglutition se faisait le mieux.* Il prit 30 bains pendant un mois ; l'amélio-

ration se fit bientôt sentir ; et en repassant à Paris, il alla voir un autre médecin connu qui confirma le diagnostic porté par M. Demarquay, de *spasme de l'œsophage*, et qui lui conseilla un traitement antispasmodique ayant pour base la belladone.

Le malade, qui se défie de toute espèce de médicaments, à cause de la grande susceptibilité de son estomac, ne suivit pas ces prescriptions et malgré cela, sa santé revint à ce point qu'au mois de Janvier suivant, M. X... dînait en notre présence et buvait une tasse de café, avec une certaine difficulté, il est vrai, mais il n'avait plus cette hydrophobie dont il était atteint au début de sa maladie. Enfin, les repas qu'il prenait dans la journée suffisaient à son alimentation, aussi ne mangeait-il plus pendant la nuit.

Néanmoins, c'était toujours dans des moments de grand calme, le matin, par exemple, après le réveil, au déjeuner, ou dans le jour après une heure ou deux de sommeil, qu'il avalait le plus facilement.

En Juillet 1873, espérant trouver dans une nouvelle saison de bains une guérison radicale, il alla à Néris, suivant en cela le conseil de M. Fauvel qui déclarait comme ses confrères qu'il s'agissait d'une affection purement nerveuse, d'un spasme de l'œsophage.

Vers la fin de son séjour à Néris, M. X... fut pris d'une diarrhée très abondante, — simple coïncidence, croyons-nous, — mais qui l'amaigrit considérablement. Cependant le malade passa l'hiver 1873-1874 dans

d'aussi bonnes conditions que le précédent ; c'était toujours un infirme, mais un infirme bien portant, puisqu'il mangeait assez pour vivre....

M. X... retourna à Plombières, au mois d'Août de l'année dernière ; son état était toujours le même, c'est-à-dire que ses repas duraient deux heures en moyenne, que la déglutition était difficile, surtout le soir, mais enfin l'organisme ne souffrait pas du manque de nourriture. Comme il avait très bien supporté les vingt-un bains d'usage, il essaya un traitement nouveau : il prit six étuves à 43°, restant un quart d'heure dans cette atmosphère et se couchant ensuite pendant une demi-heure. Ce malheureux essai ne réussit qu'à affaiblir considérablement le malade qui, de plus, ne pouvait plus rien avaler. Il revint chez lui dans un état de maigreur excessive, espérant que, comme les autres années où il était allé aux eaux, il aurait suffi de quelques jours pour voir revenir ses forces et une amélioration dans la déglutition. Mais ses prévisions furent bien trompées.

La dysphagie était plus forte que jamais, la nutrition se faisait si mal que M. X... éprouvait tous les symptômes d'une anémie profonde. Il avait une tendance constante à la somnolence, ses extrémités étaient froides, en un mot, toutes les fonctions étaient languissantes.

Le malade mangeait seulement deux ou trois jaunes d'œuf par jour ; pendant la nuit même il avalait très difficilement.

L'estomac ne recevant pour ainsi dire plus d'aliments,

finit par être atteint dans ses fonctions ; nous pensions même qu'il existait un ramollissement de la muqueuse gastrique, car les digestions étaient lentes, difficiles ; au bout de deux heures, après avoir pris un peu de nourriture, M. X... éprouvait une sensation de plénitude de l'estomac dont les parois se laissaient distendre par les gaz. Le pain n'était plus digéré ; on faisait prendre au malade de la semoule cuite ; nous avions prescrit de la pepsine qui n'améliora pas l'état des fonctions digestives. Pendant cinq semaines, M. X... vécut avec deux, trois ou quatre jaunes d'œuf crus ; dans toute cette période, la constipation était opiniâtre, malgré l'administration quotidienne de trois grammes de magnésie calcinée. Le malade était arrivé au dernier degré de l'amaigrissement, sans présenter toutefois la teinte cachectique.

Enfin, les garde-robes devinrent régulières, les digestions se firent convenablement et M. X... récupéra bientôt une bonne santé relative.

Depuis cette époque, l'état est à peu près satisfaisant, le malade fait chaque jour deux repas passables ; quand les aliments pris pendant la journée ne sont pas suffisants, M. X... mange la nuit. Il lui arrive quelquefois, dans des moments de calme physique et moral, d'avaler comme tout le monde une quantité de nourriture assez considérable. Ainsi, quand pendant la journée la déglutition est très pénible, M. X... se couche de bonne heure, et il est quelquefois très étonné en s'éveillant dans le courant de la nuit, d'avaler sans aucune diffi-

culté deux tranches de pain trempées dans un liquide quelconque ; mais ces heureux instants sont très rares.

Notons en finissant que l'auscultation de l'œsophage n'a rien fait découvrir de particulier. Du reste, cette exploration est très difficile à faire ; Hambuger, qui a inventé ce moyen de diagnostic, conseille d'ausculter à la partie postéro-latérale gauche de la trachée, aussitôt que le malade a avalé un verre d'eau. Dans le cas présent, c'est impossible, puisque M. X... ne boit jamais à proprement parler ; il se contente de manger du pain trempé, car la déglutition des liquides est toujours aussi difficile.

Nous n'avons pas noté de douleur au cou, sur le trajet des pneumogastriques.

Enfin, le bromure de potassium, que le malade a pris pendant quinze jours en 187[illegible], n'a pas produit de résultat favorable ; il a au contraire éprouvé une amélioration passagère (pendant quinze jours seulement), en prenant du bromure de camphre.

En un mot, nous pouvons dire que tous les traitements essayés jusqu'à ce jour ont été infructueux. La nature seule a déterminé ces alternatives de mieux et d'aggravation du mal que nous avons indiquées dans cette longue observation.

CHAPITRE III

Discussion de l'observation et diagnostic.

Nous ne reviendrons pas dans ce chapitre sur les antécédents du malade. Nous remarquerons seulement qu'outre l'affection gastro-intestinale qu'il a eue à l'âge de 18 ans, il a de nouveau, en 1866, été atteint d'une inflammation du tube digestif, du moins depuis le pharynx jusqu'à l'intestin grêle; que l'œsophagite a disparu la dernière, et que c'est cette même affection qui, en 1872, a éclaté de nouveau pour laisser après elle une maladie chronique dont nous allons nous efforcer ici de préciser la nature et les caractères.

En fait, M. X... avale difficilement, il a de la dysphagie.

On ne peut songer à une maladie du pharynx; les antécédents, la marche de l'affection, les symptômes, tout fait rejeter cette idée.

En effet, il n'y a pas d'obstacle mécanique à la déglutition. Les boissons ni les aliments n'ont jamais reflué vers les fosses nasales ou le pharynx, comme cela a lieu dans la paralysie du pharynx, et du reste cet accident ne se montre guère que dans le cours de

la paralysie générale ou dans les cas d'adynamie profonde ; il n'y a pas non plus d'anesthésie du pharynx. Quant au spasme essentiel du pharynx, nous doutons qu'il existe seul, et notre malade présente du côté de l'œsophage des symptômes si tranchés, que nous croyons pouvoir affirmer que, s'il existe, le spasme du pharynx est lié à celui de l'œsophage qu'il accompagne presque invariablement. C'est donc vers l'œsophage que nous devons concentrer notre attention :

Gendron [1] qui a secondé Mondière dans ses recherches sur les maladies de l'œsophage, interprète ainsi le syndrôme dysphagie :

« La dysphagie, ou difficulté d'avaler les aliments, » est le plus ordinairement produite par un rétrécis- » sement permanent ou momentané du conduit mus- » culo-membraneux étendu du pharynx à l'estomac. »

Nous pouvons affirmer que chez M. X... le rétrécissement est *momentané*, de plus qu'il est *intermittent*, ce qui est le propre des affections spasmodiques. Néanmoins, comme les lésions organiques de l'œsophage ou de l'estomac donnent quelquefois lieu à des rétrécissements de cette nature, nous allons discuter l'hypothèse d'une maladie de ce genre.

S'il s'agissait d'un cancer, M. X... n'aurait pas vécu depuis 1866 jusqu'en 1879, c'est-à-dire douze ans, sans présenter les symptômes spéciaux de cette maladie ou au moins la teinte cachectique qui ne manque jamais, à une certaine période ; d'ailleurs les plus minutieuses explorations ne nous ont pas permis de

1 Gendron, *Arch. gén. de méd.*, 1858. Obs. pratiques sur la dysphagie, ses variétés, son traitement.

découvrir l'existence d'une tumeur. Il n'y a pas non plus compression de l'œsophage par un néoplasme du voisinage.

Les caustiques n'ont jamais porté leur action sur l'œsophage de notre malade, pas plus que les brûlures. Il n'y a jamais eu de solution de continuité dans cette membrane, donc pas de rétrécissement cicatriciel. S'agirait-il de rétrécissement fibreux ? Ce cas est rare, sauf dans la syphilis tertiaire ; on a cité aussi des rétrécissements résultant d'une inflammation lente du tissu sous-muqueux, avec hypertrophie des tuniques œsophagiennes ; mais il nous semble qu'une simple inflammation catarrhale, comme celle que nous avons constatée chez M. X..., ne doit pas produire facilement cette lésion, et nous verrons par la suite que tous les symptômes font rejeter l'idée d'une lésion organique. Quant à l'hypertrophie des tuniques musculaires de l'œsophage, elle se traduit par des signes encore très peu connus, et en tout cas, elle ne suffirait pas à elle seule pour expliquer les phénomènes que nous avons décrits dans notre observation.

Le catéthérisme enfin a démontré qu'il n'y avait pas de rétrécissement matériel.

Cependant, à un certain moment, l'orifice supérieur de l'œsophage est fermé, il y a impossibilité absolue d'avaler les aliments.

Nous sommes donc en présence d'un spasme de l'œsophage.

Quelle est la nature de ce spasme ? En quel endroit, dans quelles circonstances se produit-il ?

D'abord, il n'est pas permanent, caractère très important pour le diagnostic ; de plus, il naît sous l'influence

de causes particulières, toujours les mêmes : tandis que les hystériques éprouvent la sensation de resserrement de l'œsophage, de la *boule*, à n'importe quel moment de la journée, sous l'influence de causes variables, elles peuvent presque toujours avaler normalement; l'acte fonctionnel de la déglutition n'a aucun rapport avec le spasme œsophagien. Il est vrai que cet accident de l'hystérie atteint quelquefois un degré et une persistance tels qu'il occasionne une dysphagie rebelle et empêche les malades de se nourrir. Van Swieten [1] et Hoffman [2] en ont cité plusieurs cas, mais telle n'est pas la règle.

M. X..., au contraire, est très bien portant entre les repas; il faut qu'il avale une certaine quantité d'aliments pour que le spasme de l'œsophage se produise.

D'ailleurs, M. X... n'est pas névropathe; il n'a jamais présenté aucun signe de maladie nerveuse, et la marche de son affection indique bien qu'il ne s'agit pas là d'une névrose générale, mais bien d'un état local qne nous espérons faire saisir en étudiant la physiologie pathologique de la maladie ; nous rejetons donc l'idée d'œsophagisme hystérique.

Le malade est encore moins hypocondriaque ; il supporte depuis sept ans le poids d'une existence malheureuse; il ne peut pas boire assez pour se désaltérer, il passe la moitié de son temps (six heures par jour en moyenne) à manger ; les aliments qu'il avale ont été mâchonnés pendant longtemps et ont perdu toute saveur; quelquefois même M. X... est obligé de les

1 Van Swieten. *De angina convulsiva, in Commentariis*, t. II.

2 Hoffman. *In op. omni*, t. III. *De morbis œsophagi et pharyngis spasmodicis.*

rejeter hors de la bouche pour se reposer des fatigues d'une mastication aussi longue ; il fait des mélanges de lait, de thé, de miel, etc., etc., qui ne sont certes pas de nature à augmenter l'appétit ; et malgré tout cela, c'est l'homme le plus gai que nous connaissions. — Tous ceux qui l'ont vu faire un repas admirent son courage et sa bonne humeur.

Voilà bien un tableau qui ne se rapproche guère de celui de l'hypocondriaque ; de plus, l'œsophagisme qu'on a noté dans les cas de mélancolie, survient et disparaît brusquement.

Notre malade n'est donc pas hypocondriaque, et ce n'est pas à cette variété d'œsophagisme que nous devons nous arrêter.

Il nous reste à examiner si nous avons affaire à un spasme essentiel, idiopathique ou à une contraction dépendant d'une lésion anatomique, qui, tout en n'occasionnant pas de rétrécissement, suffit dans certaines circonstances pour produire un spasme de l'œsophage.

Pour juger la question, reprenons les détails de l'observation :

Quand le malade commence à manger, l'œsophage est libre dans toute sa longueur, la déglutition s'opère très bien. Il n'y a donc pas de rétrécissement, — le catéthérisme nous l'avait déjà prouvé, — ce qui nous fait de suite repousser l'hypothèse d'une affection analogue à celle que M. Seney [1], médecin de la marine, a décrit très minutieusement dans sa thèse inaugurale ; il cite l'observation d'un marin qui, à la suite d'amygdalites répétées,

1 Senay. *Thèse de doctorat*. Paris, et *Arch. gén. de méd.* 1873.

suivies d'une hypertrophie considérable des amygdales, fut atteint d'œsophagisme : le malade avalait bien, mais aussitôt que les aliments étaient parvenus à la partie inférieure de l'œsophage, *ils étaient immédiatement régurgités, ce qui n'a pas lieu chez M. X...* De plus, *quand le rétrécissement avait été une fois franchi par un bol alimentaire, la déglutition s'opérait bien le reste du repas,* contrairement à ce qui se passe dans le cas que nous avons observé.

M. Seney a diagnostiqué avec beaucoup de raison : *Rétrécissement spasmodique de la partie inférieure de l'œsophage, dû à une contraction réflexe, dont les nerfs glosso-pharyngiens et pneumogastriques seraient les conducteurs.*

Dans ce cas, il y a une lésion anatomique permanente qui produit un état de contraction durable, et on s'explique très bien que, le spasme vaincu, la dysphagie disparaisse avec lui.

Les choses ne se passent pas ainsi chez M. X..., et c'est là précisément ce qu'il y a d'intéressant dans notre observation et de précieux pour le diagnostic : c'est la déglutition qui amène la contraction spasmodique, on pourrait dire qu'il s'agit d'un *spasme fonctionnel,* si l'on veut adopter les idées de M. Duchenne, de Boulogne.

Cet auteur désigne, on le sait, sous ce nom, des accès de convulsions toniques ou cloniques qui se manifestent uniquement dans l'exercice de certains mouvements volontaires ou instinctifs, toujours les mêmes [1]. Localisée souvent dans les muscles de la main et de l'avant-

1 Duchenne, de Boulogne, *Bulletin de thérapeutique,* 1860, 20 février.

bras (crampe des écrivains), cette affection peut se montrer dans d'autres groupes musculaires, et Duchenne a vu des malades chez lesquels l'action de coudre, de jouer du piano, de faire l'escrime, de faire mouvoir la pédale d'un tour, amenait inévitablement un spasme dans les muscles de la main, du bras ou de la jambe. M. Folet a rapproché les convulsions du groupe des muscles phonateurs, dans le bégaiement[1], de ces spasmes qui présentent tous ce caractère commun très-frappant de n'éclater jamais qu'au moment où les muscles reçoivent de la volonté l'ordre de combiner leurs contractions en vue d'un acte spécial, mais d'éclater fatalement à propos de cet acte là. Entre ces convulsions fonctionnelles et le cas dont nous nous occupons, il semble tout d'abord exister une analogie très grande. Le spasme pharyngo-œsophagien n'apparaît chez M. X... que lorsqu'il se livre à la déglutition, comme le spasme phonateur n'apparaît chez le bègue que lorsque celui-ci veut parler, comme le spasme des muscles de la main n'apparaît chez l'écrivain atteint de crampe que dans l'action d'écrire. Dans tous ces faits, *c'est la fonction qui engendre le spasme.* Il y a pourtant ce nous semble, entre ces convulsions fonctionnelles et notre cas, une différence importante que voici : Les auteurs placent avec beaucoup de vraisemblance la cause première de la convulsion fonctionnelle dans le système nerveux central : « Il existe sans doute, » écrit Duchenne, un point de l'axe cérébro-spinal » qui, surexcité ou épuisé par l'exercice trop souvent » répété de certaines fonctions, ou bien encore atteint

1 Folet. *Physiologie pathologique des convulsions fonctionnelles et en particulier du bégaiement.*

» d'un trouble congénital, tantôt fait une décharge
» nerveuse trop forte et produit la contraction de cer-
» tains muscles, tantôt leur envoie l'incitus nerveux
» irrégulièrement et occasionne des tremblements et
» des mouvements convulsifs ; tout cela seulement
» pendant l'accomplissement de ces mêmes fonctions
» musculaires. »

L'on n'a jamais mentionné dans cette catégorie de faits, l'existence d'un état phlemasique local qui soit le point de départ du réflexe dont le dernier terme est le spasme des muscles de la région. Or, pour des raisons que nous avons déjà indiquées et sur lesquelles nous allons revenir, nous croyons précisément que cette origine phlemasique locale du réflexe existe chez M. X..., et qu'elle consiste en une œsophagite chronique.

Rappelons en effet que les phénomènes spasmodiques se sont montrés chez lui, à l'état aigu pour ainsi dire, en 1866, et surtout en 1872, dans le courant d'une affection complexe : l'inflammation catarrhale de la muqueuse œsophagienne et la gastrite.

Enfin, comme nous l'avons déjà dit dans notre observation, l'état actuel de M. X... est le même, à l'intensité près, qu'en 1872. On peut dire que la maladie est passée à l'état chronique. Il est donc tout naturel de rapporter à l'affection aiguë antérieure, un état morbide, difficile à comprendre, si on l'envisage indépendamment de cette affection, mais qui se comprend aisément si l'on veut y voir un rapport de cause à effet, et qui, en réalité, reproduit en petit tous les symptômes que nous avons notés en 1872.

Voyons maintenant quelle est des deux affections, celle à laquelle on doit rattacher l'œsophagisme :

Nous pourrions, avec une certaine vraisemblance, attribuer le spasme de l'œsophage à la gastrite; des auteurs recommandables ont signalé la possibilité du fait. Ainsi nous lisons dans Mondière[1], que Velpeau a cité textuellement dans son *Dictionnaire* en 30 vol.

« L'inflammation simple de l'estomac a suffi quel-
» quefois pour déterminer l'œsophagisme, comme le
» spasme de l'urèthre s'observe dans l'inflammation de
» la vessie. »

Bleuland a cité un cas où cette relation n'est pas douteuse[2]. Nous avons recueilli dans la *Gazette des Hôpitaux* de 1869, page 441, l'observation suivante :

« Nous avons vu, dans le service de M. Vigla, à l'Hôtel-Dieu, un malade atteint de rétrécissement spasmodique de l'œsophage. Ce rétrécissement n'est pas permanent, ce qui est le caractère essentiel de sa nature spasmodique; il ne se manifeste qu'à des intervalles assez éloignés, et le plus habituellement à la suite de vomissements auxquels le malade est sujet, et qui *attestent un trouble fonctionnel de l'estomac auquel le spasme œsophagien paraît manifestement lié.* Ce spasme, toutes les fois qu'il se manifeste, cède au simple catéthérisme. L'introduction d'une sonde œsophagienne, a à peu près constamment suffi, jusqu'à présent, pour le faire momentanément cesser; suffira-t-elle pour le guérir complètement? Faudra-t-il recourir au procédé de dilatation forcée qui a si bien réussi dans le cas que M. Broca a rapporté récemment à la Société de

1 Mondière. *Arch. gén. de méd.* 1833, 2e série, tome I.

2 Bleuland. *Obs. anatomic. med. de sanâ et morbosâ œsophagi structurâ* Lugd. Bat. 1785, in-4o, p. 62.

chirurgie? (*Gaz. des Hôp.*, nº du 7 août 1869.) C'est ce que nous ne saurions dire encore. C'est un fait à suivre

» Il s'en faut d'ailleurs que tous les cas de rétrécissements spasmodiques de l'œsophage se ressemblent, qu'ils procèdent tous des mêmes causes, qu'ils présentent la même marche et qu'ils cèdent aux mêmes moyens.

» Il est des rétrécissements spasmodiques essentiels; il en est de symptomatiques (celui-ci paraît être de ce cas), ou qui sont déterminés par une action réflexe.

» Dans le plus grand nombre de cas, ce rétrécissement spasmodique de l'œsophage est lié à l'état hystérique, comme dans le fait rapporté par M. Broca, à l'hypocondrie ou à des états névrosiques analogues.

» Les symptômes varient, non-seulement en raison des divers états morbides concomitants auxquels cette affection est plus ou moins intimement liée, mais encore suivant le point de l'œsophage qu'occupe le rétrécissement. »

Hoffmann [1] dit également :

« Par les connexions naturelles de l'œsophage avec
» l'estomac et les intestins, une maladie de ces derniers
» organes peut faire naître un spasme de l'œsophage.
» Ainsi on le voit naître à la suite d'une inflam-
» mation aiguë, acide bilieuse de l'estomac et des
» intestins. »

Van Swieten, dans son chapitre intitulé *De Angina convulsivâ*, a écrit :

« Ce n'est pas seulement dans les fibres musculaires

1 Hoffmann, in *loc. cit.*

» de l'œsophage, mais encore dans d'autres muscles
» servant à la déglutition qu'on peut observer une sem-
» blable maladie (difficulté d'avaler). C'est ce que
» Tulpius[1] observa chez une femme âgée de cin-
» quante ans; chez elle, après un vomissement, un
» vertige, et *un spasme cynique*, la résolution des
» muscles de la déglutition a été telle qu'elle ne pou-
» vait pas même avaler une seule goutte de liquide,
» bien qu'elle ne présentât ni douleur, ni tumeur, ni
» aucune gêne, elle succomba même le septième jour. »

Nous pourrions donc admettre cette origine du spasme, mais si nous nous reportons à l'année 1872, et que nous analysions les phénomènes que présentait M. X... du côté de l'œsophage, nous serons tout naturellement porté à adopter une autre explication.

Le malade, à cette époque, avait une œsophagite pour la seconde fois ; il est même très probable que la première atteinte du mal, en 1866, n'avait pas complétement disparu.

M. X... se met à table, il avale comme tout homme bien portant, une première bouchée d'aliments ; son pharynx fonctionne parfaitement. Il sent descendre le bol alimentaire le long de l'œsophage, mais il n'éprouve pas de douleur véritable ; c'est seulement à la région épigastrique, au niveau du sphincter diaphragmatique, qu'il accuse une sensation de constriction pénible.

La deuxième bouchée que le malade avale encore détermine les mêmes sensations depuis la partie inférieure du pharynx jusque dans l'estomac.

Enfin, au bout de quelques instants, la constriction va

1 Tulpius. *Obs. med.* lib. I, cap. 42, p. 79.

en augmentant; un spasme de tout l'œsophage empêche la déglutition.

M. X... voit alors s'accumuler dans l'estomac tous les gaz sécrétés en trop grande quantité par le fait même de la gastrite, si légère qu'elle ait été; mais le resserrement de la partie inférieure de l'œsophage empêche la sortie de ces gaz.

Au bout d'un certain temps, cette *crampe de l'œsophage* cesse brusquement, et à la fin du spasme correspond cette éructation dont nous avons parlé et sur laquelle nous insistons maintenant parce que la force d'explosion avec laquelle elle se produit indique une résistance vaincue, une détente subite; on dirait qu'on débouche une bouteille de champagne. Il suffit d'avoir entendu une fois ce bruit, pour se faire une idée complète de la maladie. On ne peut mieux définir cet état de choses qu'en disant que *le bol alimentaire, en passant à la partie inférieure de l'œsophage, détermine à ce niveau une crampe des muscles œsophagiens.*

Nous avons vu, en effet, dans le chapitre premier, que cet endroit de l'œsophage représente une sorte de sphincter, riche en fibres musculaires; nous n'avons pas recherché s'il y avait une plus grande quantité d'éléments nerveux, mais cela est à-peu-près certain, puisque la couche musculaire y est plus abondante.

Nous sommes donc convaincu que c'est à ce niveau que siége le point de départ de la contraction réflexe; pour nous, l'œsophagite a laissé, sinon des traces d'inflammation, au moins une surexcitabilité de la muqueuse à cet endroit; comme on voit la blennorrhagie passer à l'état de blennorrhée, dans un ou plusieurs points du canal de l'urèthre, ou comme on voit des inflammations

de la vessie disparaître pour donner lieu, par la suite, à des cystites du col, ou simplement à des contractures douloureuses du sphincter vésical, qu'on rencontre surtout chez les femmes.

Nous voyons, dans ce rapprochement, une analogie frappante :

Dans la cystite du col, la présence d'une certaine quantité d'urine irrite la muqueuse, qui est le siége d'une excitabilité morbide; aussitôt une contraction réflexe se produit, et le malade rapporte la sensation au méat urinaire.

De même, les aliments réveillent la sensibilité de la muqueuse au niveau de cette partie de l'œsophage plus étroite et plus contractile, sur laquelle nous avons déjà tant insisté; et, alors, survient un spasme réflexe qui s'étend jusqu'à la partie supérieure de l'œsophage.

Ce spasme, une fois terminé, permet, de nouveau, d'introduire quelques bouchées qui déterminent, à leur tour, des contractions spasmodiques de l'œsophage en traversant l'endroit excitable, et ainsi de suite.

Bien des auteurs ont indiqué cette contraction réflexe par irritation de la muqueuse œsophagienne, mais aucun n'a signalé l'endroit où siégeait cette excitabilité morbide.

Cependant, nous croyons que très-souvent le spasme de l'œsophage a son point de départ dans une inflammation chronique, ou seulement dans une hyperesthésie de l'œsophage, dans la partie inférieure, au niveau du sphincter diaphragmatique.

Nous allons reproduire une observation de M. Gendron qui prouve bien que souvent, *même dans l'œsophagite*

aiguë, c'est la partie inférieure de l'œsophage, qui est le siége du rétrécissement spasmodique. Cette observation nous montrera également que *la contraction se propage jusqu'au pharynx*, puisque la malade ne pouvait avaler aucun aliment :

« *Œsophagite aiguë, dysphagie sans rétrécissement de l'œsophage; catéthérisme alimentaire, prompt rétablissement de la déglutition.* — Le 29 mars 1857, je fus appelé par le Dr Chotard, de Mayet, arrondissement de la Flèche, auprès d'une femme Dupond, âgée de 68 ans, qui, réduite pendant trois semaines à ne pouvoir avaler que des liquides, était depuis quelques jours arrivée à ce point de ne pouvoir, suivant ses expressions, faire passer une gorgée de liquide. Le docteur Chotard avait vu cette malade dès le 4 février précédent, époque où il avait traité, dans la commune, plusieurs cas d'angine croupale ; il reconnut ici que des fausses membranes tapissaient les amygdales, le voile du palais et le pharynx, et semblaient plus épaisses à gauche qu'à droite.

» Les ganglions sous-maxillaires étaient très-engorgés; il n'y avait encore ni toux, ni enrouement; la déglutition seule était difficile et douloureuse. — Cautérisation avec une solution concentrée de nitrate d'argent, 4 gr. pour 30 gr. d'eau distillée ; potion avec 4 gr. de chlorate de potasse.

» Ce même traitement, continué les 5, 6 et 7 février, détermina la chute de lambeaux membraneux ; l'amygdale gauche présenta une ulcération, qui fut touchée avec le crayon de nitrate d'argent les 7, 8 et 9.

» Le 10, purgation (30 gr. de sulfate de soude). La gorge n'offre plus qu'une rougeur assez vive sans enduit ; la malade est tourmentée par une salivation abondante.

» Le médecin cesse ses visites ; il est rappelé le 11 mars. Cette femme, d'une constitution robuste, se trouve d'une grande faiblesse ; la salivation continue ; toux fréquente, râle muqueux trachéal ; douleurs le long du cou, se propageant profondément derrière le sternum jusqu'à l'épigastre.

» Aucun aliment solide ne peut franchir le pharynx ; les liquides seuls passent, mais avec difficulté.

» Les accidents augmentent du 11 au 29 mars; depuis plusieurs jours, les liquides mêmes sont immédiatement régurgités, ils provoquent en outre une toux d'engouement.

» J'avais vu, depuis bien des années, plusieurs malades atteints de dysphagie à la suite d'angine couenneuse ; chez tous, j'avais trouvé un rétrécissement de l'œsophage au niveau du premier anneau trachéal, rétrécissement qui avait cédé chez les uns à la seule dilatation, et chez les autres à la cautérisation ; la canule olivaire, poussée plus bas que le premier anneau trachéal, avait permis chez tous l'ingestion d'aliments liquides, qui traversaient facilement la plus grande longueur de l'œsophage et arrivaient à l'estomac.

» Je préjugeais donc qu'il en serait de même ici ; mais je fus trompé dans mon attente. Ma sonde de gomme élastique, poussée à 3 ou 4 centim. plus bas que l'origine de l'œsophage, ne rencontra aucun obstacle ; un entonnoir ajusté à l'embouchure de la sonde reçut du lait, qui, *versé lentement, rejaillit en totalité et par*

la sonde et la bouche, à ma grande surprise, il faut l'avouer.

» Je m'étais heureusement muni d'une sonde dite œsophagienne, assez longue pour arriver jusqu'à l'estomac; après quelques minutes de repos accordées à la malade, cette sonde fut introduite, parcourut l'œsophage sans la moindre difficulté, et, à l'aide de l'entonnoir, nous fîmes arriver dans l'estomac un bon verre de laitage.

» Il fut convenu que ce catéthérisme alimentaire serait continué en tant que besoin, et qu'on en profiterait pour agir sur le conduit avec des pommades dans la composition desquelles entreraient des petites doses d'extrait de belladone et de calomel.

» Le lendemain de ce premier catéthérisme, la malade put boire son lait, et la toux d'engouement devint moins fréquente. Le 31, cependant, M. Chotard eut recours au catéthérisme, et, à la suite de cette seconde et dernière introduction de la sonde œsophagienne, la déglutition des liquides fut complètement rétablie ; celle des solides ne fut possible que quelques jours après.

» Cependant la faiblesse musculaire persista pendant plusieurs semaines, ainsi que le râle laryngé, et l'expectoration des crachats muqueux très liquides. M. le docteur Chotard fit appliquer, sur la région du larynx, un vésicatoire qui mit un terme à ces derniers accidents ; dans les premiers jours du mois de juin, la malade était revenue à son état habituel.

» *Réflexions de l'auteur.* — Cette observation offre certainement la réunion de l'œsophagisme et de l'œsophagite, c'est-à-dire de spasme et d'inflammation de l'œsophage. La douleur le long du cou se propageant

profondément dans la poitrine et jusqu'à l'épigastre, l'angine pharyngienne couenneuse primitive, la laryngite persistante, révélaient suffisamment l'existence d'une œsophagite aiguë, comme cause de contractions antipéristaltiques de l'œsophage ; il n'y avait pas de rétrécissement, pas d'indication, par conséquent, de dilater, et même indication contraire. C'est un de ces cas où, sans doute, la dilatation serait plus nuisible qu'utile ; le catéthérisme n'a dû être employé que comme moyen alimentaire; il a certainement contribué à éteindre l'excès de sensibilité de l'œsophage, à rétablir la régularité de ses contractions, et la tolérance au passage des aliments. Dans le cas qui va suivre, nous verrons une dysphagie aussi complète, sans aucune trace d'inflammation préalable; le catéthérisme alimentaire a paru également d'une très grande utilité. »

(Cette observation relate le cas d'un œsophagisme chez une hystérique, qui n'offre rien de particulier. M. Gendron appelle cet œsophagisme sans lésion l'œsophagisme de Mondière).

La disposition anatomique des fibres musculaires de l'œsophage permet de nous rendre compte de ce spasme de l'œsophage tout entier, qui n'est, en somme, qu'un mouvement antipéristaltique très rapide. Et tous les auteurs, surtout Mondière [1], ont insisté sur ce fait que, dans beaucoup de rétrécissements siégeant à la partie inférieure, les aliments ne franchissent même pas le pharynx.

1 *Arch. gén. de Méd.*, t. XXV, p. 358.

En admettant notre diagnostic, on s'explique tous les symptômes qu'éprouve le malade.

D'abord, ce fait exceptionnel, que la première bouchée passe mieux que la deuxième, celle-ci que la troisième, et ainsi de suite jusqu'au moment où le spasme se produit, confirme ce que l'examen physique a démontré, à savoir qu'il n'existe aucune diminution du calibre de l'œsophage.

Nous trouvons seulement une observation[1] où le même phénomène ait été observé ; mais l'étiologie de l'affection est très difficile à découvrir. Néanmoins, c'est pour nous un document d'une très grande valeur, d'autant plus que le cas a été observé dans le service de M. Gubler, dont l'autorité scientifique nous servira d'appui, quand nous aborderons la question du traitement de l'œsophagisme. La différence qui existe entre le cas suivant et la maladie de Mr X., consiste surtout en ce que chez le malade de M. Roux *il y avait des régurgitations*. On pourrait admettre que le spasme de l'œsophage, chez Mr X., se laisse vaincre par le bol alimentaire, tandis que, chez l'autre malade, la contraction spasmodique est plus forte, et oblige les aliments à remonter vers la bouche.

Il s'agit d'un jeune homme de 26 ans, atteint de rétrécissement spasmodique de l'œsophage; ce malade n'a jamais eu aucun accident syphilitique; personne dans sa famille n'a eu de maladie nerveuse. Lui-même n'a jamais été affecté ni de l'estomac, ni de l'œsophage; il a fait une chute quelques jours avant son entrée à

1 Roux, *Th. de Paris*, 1873.

l'hôpital, mais ses blessures ne peuvent avoir aucun rapport avec son affection de l'œsophage. Chez ce sujet, c'est « la première bouchée de ses repas qui ouvre un chemin aux autres ». Plus tard, la déglutition devient plus difficile, les aliments s'arrêtent au cardia, et sont rendus aussitôt par régurgitation. A notre avis, il eût mieux valu dire que la première bouchée passe mieux que les autres, puisque « plus tard, la déglutition devient plus difficile. »

Ce malade avait une constipation opiniâtre. Il entra dans le service de M. Gubler, qui pratiqua le catéthérisme, afin de pourvoir à l'alimentation. — « Cependant, dit M. Roux, M. Gubler a remarqué que, lorsqu'on avait passé l'olive dans l'œsophage, le malade avalait ensuite plus difficilement, phénomène dû sans doute à l'excitation produite par le frottement de l'olive sur les parois œsophagiennes, excitation qui amenait des contractions réflexes des muscles de cet organe. »

Ce cas fut traité avec succès par le bromure de potassium, ce qui suggère à M. Roux les réflexions suivantes, en parlant de l'aggravation du mal par le passage de la sonde :

« Ces contractions réflexes si faciles à produire chez ce malade, ne dénotent-elles pas un haut degré d'éréthisme nerveux, et par cela même n'indiqueraient-elles pas la nature spasmodique du rétrécissement ?

» Ce qui viendrait encore à l'appui de cette manière de voir, c'est l'effet sédatif obtenu par le bromure de potassium. »

On trouve également l'explication de ces éructations fines, de ces renvois étouffés dont nous avons parlé ; ces

bruits sont produits par le passage de l'air à travers un orifice très étroit, c'est-à-dire à l'endroit où nous avons placé le siége de l'affection. C'est que l'estomac cherche à se débarrasser de ses produits gazeux, et lutte contre le spasme morbide par la contraction de ces plans musculeux.

Enfin, quand la tonicité de ce sphincter pathologique est vaincue, on entend cette éructation caractéristique avec laquelle disparaît ce que nous voudrions appeler la *crampe de l'œsophage.*

Peu d'auteurs ont signalé cette éructation si bruyante.

Hoffman paraît pourtant avoir observé le même fait, car dans les § V et XXI de son chapitre : *De morbis œsophagi et pharyngis spasmodicis*, il dit : « Le » spasme de l'œsophage coïncide souvent avec cette » vive explosion d'éructations *(ructuum explosione)* » et des vomissements. »

Le docteur Mugna cite aussi l'observation d'un homme atteint de dysphagie, telle qu'il ne pouvait point avaler aucune goutte de liquide. Aussitôt après ces efforts infructueux, on entendait un *bruit analogue à celui produit par de l'air qui eût remonté de l'œsophage avec bruissement.*

Mondière, qui commente cette observation, dit : « Que ce bruissement observé chez le malade du doc- » teur Mugna, l'a été également dans la dysphagie » spasmodique par Monro, et par son ami et premier » maître le docteur Latourette, praticien distingué de » Loudun, chez un malade qui, pendant longues années, » fut souvent, au milieu de ses repas, pris de spasme » de l'œsophage. »

Nous aurions voulu lire en détail ces observations

qui n'ont pas attiré suffisamment l'attention de ceux qui les ont rapportées, mais, malgré nos recherches, nous n'avons pu les découvrir dans aucun ouvrage.

On ne s'étonnera pas non plus que M. X... avale beaucoup mieux après quelque temps de repos, alors que la sensibilité réflexe est beaucoup diminuée; on comprendra également qu'un régime fortifiant augmente l'intensité du spasme œsophagien, et que toutes les causes qui déterminent un certain degré de congestion de la muqueuse gastrique ou œsophagienne, amènent une recrudescence du mal.

En envisageant à notre manière la nature de l'affection de M. X..., nous pouvons même établir pourquoi la saison de bains qu'il a passée, en 1878, à Plombières, n'a pas produit les bons effets des précédentes.

M. X... s'est soumis à un traitement par les bains d'étuves; or il est établi que ces bains augmentent la tonicité musculaire, et c'est, suivant nous, en produisant ce résultat, qu'ils ont jeté le malade dans l'état de marasme où nous l'avons vu l'année dernière pendant près de deux mois.

Enfin, on comprendra pourquoi les liquides sont déglutis plus difficilement que les solides, puisque, dans l'œsophagite aiguë, la dysphagie est ordinairement plus grande pour les boissons que pour les aliments (Velpeau). Ce fait du reste est parfaitement en rapport avec la nature du spasme qui existe chez M. X... : les liquides n'auront pas assez de force pour vaincre le rétrécissement spasmodique, et alors, par un mouvement instinctif analogue à celui qui se montre dans l'hydrophobie rabique, la contraction spasmodique de l'œsophage et du pharynx se produit aussitôt.

Nous n'ignorons pas qu'en portant le diagnostic de « *spasme de l'œsophage* » nous nous heurtons contre les affirmations catégoriques de Trousseau [1], qui, dans une leçon faite à l'hôpital Necker s'exprime ainsi :

« Quant vous rencontrerez un rétrécissement de » l'œsophage, ne croyez pas à un rétrécissement spas- » modique; ils n'existent que très rarement, comme » ceux de l'urèthre. Si vous avez affaire à une femme » hystérique, vous pouvez y croire un moment; mais, » si la douleur devient permanente, méfiez-vous ; » traitez le rétrécissement par le moyen que je viens » de vous indiquer (par le catéthérisme), et vous » obtiendrez d'admirables résultats. »

Il compare les rétrécissements de l'œsophage à ceux de l'urèthre :

« Vous avez un léger mal de gorge; il arrive un » rétrécissement de l'œsophage, rétrécissement qui va » en augmentant pendant quatre et cinq ans; un » individu est guéri d'une blennorrhagie : trois mois » après, il pisse moins bien, puis il va de plus en plus » mal, sans comprendre pourquoi son affection aug- » mente toujours. »

Malgré la vénération que nous aurons toujours pour la mémoire de Trousseau, nous ne pouvons admettre les idées développées dans cette leçon.

Quel rapport y a-t-il entre un léger mal de gorge et un rétrécissement de l'œsophage? car Trousseau parle

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1848, p. 26.

ici des rétrécissements fibreux qu'il prétend guérir par la dilatation progressive. Nous comprenons, à la rigueur, qu'une inflammation de l'urèthre laisse à sa suite un rétrécissement de ce canal ; mais il nous est impossible d'admettre la première des deux relations.

Trousseau donnait peut-être cette explication pour justifier le mode de traitement qu'il employait dans ces cas :

« Comment guérissent les rétrécissements de l'u-
» rèthre? disait-il. En passant des bougies, et rien de
» plus. — En passant, des bougies doivent guérir les
» rétrécissements de l'œsophage, pourquoi pas? Les
» rétrécissements organiques de l'urèthre sont rares,
» les rétrécissements de l'œsophage sont aussi rares,
» et pourquoi ne guériraient-ils pas comme ceux de
» l'urèthre? »

C'est encore une analogie dont il est permis de contester l'exactitude.

Aussi nous protestons contre le scepticisme de Trousseau qui nierait presque la possibilité d'un spasme de l'œsophage en dehors de l'hystérie.

Les auteurs que nous avons signalés, et en particulier Mendière et Gendron, ont mis hors de doute l'existence des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage.

CHAPITRE IV

Pathogénie.

Nous serons bref sur ce point, puisque nous avons déjà abordé la question en discutant l'observation ; mais il est néanmoins très-important, pour affirmer plus positivement notre diagnostic, de jeter un nouveau coup-d'œil sur le mécanisme de la dysphagie dans certaines circonstances.

Mondière indique parmi les causes de l'œsophagisme « l'inflammation plus ou moins profonde de la » muqueuse de l'œsophage, *inflammation qui se* » *propage aux nerfs* qui se distribuent à ce canal » et en produit le resserrement spasmodique ou même » l'oblitération[1]. »

On voit donc que notre diagnostic n'est pas le fait d'une invention chimérique, puisque Mondière a signalé la possibilité d'une semblable affection ; et certes tous les auteurs reconnaissent à ce médecin une telle connaissance des affections de l'œsophage, que quelques-uns donnent au spasme de l'œsophage le nom d'*œsophagisme de Mondière.*

1 *Ancien Journal*, t. VI, p. 250. — Cooch, op. chir., t. II, p. 108.

Toutefois, nous préférons nous appuyer sur des raisons anatomiques et des faits cliniques.

Tout le monde sait que, dans les affections organiques de l'estomac ou de l'œsophage, le hoquet est très fréquent. C'est une contraction réflexe du diaphragme, dont le point de départ est le nerf pneumogastrique. Or, il peut se faire que, dans certains cas, une excitation des pneumogastriques amène seulement, au lieu d'une convulsion du diaphragme, une contraction limitée aux fibres extrinsèques phréno-œsophagiennes, et qui vients'ajouter au spasme des muscles œsophagiens eux-mêmes.

Mais ce qui donne plus de poids à notre diagnostic, c'est *la dysphagie dans la péricardite.*

Nous avons assisté, en 1877, à l'hôpital de la Charité, à une leçon de M. Hardy qui signalait d'une façon toute particulière, à ses auditeurs, ce symptôme de la péricardite D'après ce savant professeur, on pouvait expliquer cette dysphagie ou bien par la compression de l'œsophage par un épanchement dans le péricarde, ou bien par l'inflammation de la partie inférieure de l'œsophage. Mais comme la dysphagie est souvent un signe du début de la péricardite, alors qu'il n'y a aucun épanchement, il faut bien se ranger à la seconde interprétation. Cette dysphagie a donc la même origine et la même valeur semeiologique que la douleur au niveau des scalènes ; dans les deux cas, c'est l'inflammation du péricarde qui s'est étendu à l'œsophage et aux pneumogastriques pour la dysphagie, au phrénique pour la douleur des scalènes.

M. Bourceret [1] a même fait plusieurs autopsies d'in-

1 Bourceret, th. de doct. Paris, 1876.

dividus morts de péricardite, et l'examen microscopique des pneumogastriques et des phréniques lui a montré que ces nerfs avaient participé à l'inflammation.

C'est faute de connaissance sur ce point d'anatomie pathologique que plusieurs auteurs ont avancé que le rhumatisme se portait souvent sur l'œsophage, et déterminait de l'œsophagisme.

Nous sommes intimement convaincu que les manifestations rhumatismales ne se montrent que très rarement sur l'œsophage, et que les prétendus cas d'œsophagisme rhumatismal étaient presque toujours des dysphagies symptomatiques d'un commencement de péricardite.

Ainsi, Portal cite l'observation d'une dame qui succomba après avoir éprouvé de la difficulté à parler et à avaler, *surtout les liquides*, qui refluaient souvent dans les fosses nasales. A l'autopsie, on s'attendait à trouver le siége de la maladie dans le larynx ou dans le tube pharyngo-œsophagien, mais ces parties étaient dans l'état le plus sain.

Le péricarde, d'un rouge violet, adhérait au cœur par des fausses membranes.

Mondière lui-même croyait trop à l'œsophagisme rhumatismal quand il a écrit : « L'œsophagisme peut » être sous la dépendance de douleurs rhumatismales, » comme semble le prouver l'observation rapportée » par M. Trolliet, et qu'il a décrite sous le nom de » *globe antipéristaltique* de l'œsophage [1]. »

C'est donc un fait admis aujourd'hui que la dys-

1 *Journal universel*, t. XXXIX, p. 287.

phagie dans la péricardite est due à l'inflammation de l'œsophage, ou au moins des nerfs qui sont contenus dans son épaisseur.

Or, si nous examinons attentivement les caractères de cette dysphagie, nous voyons qu'elle est produite par un spasme de tout l'œsophage, bien que la lésion siége seulement près du cardia, que la déglutition des liquides est entravée à ce point que M. Bourceret décrit dans sa thèse inaugurale, la *péricardite à forme hydrophobique;* enfin qu'il n'existe pas de *vomissement œsophagien,* ni de régurgitation comme cela est signalé dans presque toutes les observations de rétrécissement spasmodique de l'œsophage; voilà une analogie parfaite avec la maladie de M. X...

Nous nous croyons donc en droit d'admettre qu'une inflammation de la muqueuse a réagi sur les nerfs de l'œsophage comme cela a lieu dans la péricardite; mais il faut ici la présence d'un corps étranger, le bol alimentaire, par exemple, pour mettre en jeu l'excitabilité morbide de ces nerfs terminaux, qui deviennent alors le point de départ d'une contraction réflexe de l'œsophage tout entier.

Nous pensons d'ailleurs que la dysphagie de la péricardite disparaît avec la cause qui l'a produite, tandis que les atteintes répétées d'œsophagite chez M. X... ont amené une altération des extrémités nerveuses qui n'a aucune tendance à disparaître.

En un mot, et c'est tout ce que nous aurions à dire pour l'anatomie pathologique, nous pensons qu'il existe là une névrite chronique des filets nerveux qui se distribuent à la muqueuse œsophagienne au niveau du sphincter diaphragmatique.

CHAPITRE V

Pronostic et Traitement.

Comme nous n'avons pu, dans nos recherches bibliographiques, trouver la description complète d'une affection semblable à celle que nous avons observée et étudiée, nous ne nous sentons pas suffisamment éclairé sur la question, pour indiquer, d'après une seule observation, la marche et la terminaison de cette variété d'œsophagisme encore si peu connue.

Cependant, si l'on considère la longue durée de la maladie de M. X... et son retentissement peu marqué sur l'organisme, si, d'autre part, on se représente la difficulté qu'on éprouverait à modifier l'état de la muqueuse œsophagienne au niveau de cette espèce de sphincter riche en fibres musculaires et probablement aussi en éléments nerveux ; si enfin, on admet — ce qui est aujourd'hui plus qu'une hypothèse — qu'à cette excitabilité pathologique correspond une altération anatomique des filets terminaux des nerfs qui se distribuent à la muqueuse, altération que, pour notre part, nous considérons comme une névrite définitivement établie et peu susceptible d'être modifiée par les agents thérapeutiques; il est logique d'en tirer cette conclusion :

Le spasme de l'œsophage dépendant d'une surexcitabilité de la muqueuse de ce conduit, surtout si cette sensibilité anormale et la contraction spasmodique qui l'accompagne sont symptômatiques d'un reliquat d'œsophagite ancienne et plusieurs fois répétée ; cet œsophagisme est une affection de longue durée, ayant toutes les allures capricieuses des maladies nerveuses, mais il ne met pas directement en danger les jours du patient ; il peut seulement, dans certaines périodes, déterminer des troubles dans la nutrition ; et alors, chez un sujet prédisposé, on pourrait voir se développer des tubercules ou d'autres accidents qui éclatent chez les individus vivant dans la misère physiologique.

Le traitement du spasme de l'œsophage varie suivant la cause qui l'a produit.

Ainsi on traitera l'œsophagisme chez les hystériques, les hypocondriaques, les épileptiques, même chez les enragés, par les agents thérapeutiques qui s'adressent à ces maladies.

Cependant, quand ce symptôme devient inquiétant, on peut se trouver dans la nécessité de le combattre, comme s'il s'agissait d'une affection à part : le traitement rentre alors dans la thérapeutique des rétrécissements spasmodiques de l'œsophage en général.

On peut employer deux espèces de moyens : le traitement chirurgical et le traitement médical. Ce dernier convient surtout lorsque le spasme de l'œsophage survient comme complication sérieuse d'un état névrosique général ; ainsi on administrera le bromure de potassium, la belladone, la valériane, le musc, l'assa fœtida et une foule d'antispasmodiques aux hysté-

riques chez lesquelles le spasme de l'œsophage prend des proportions inaccoutumées.

On a employé également les injections hypodermiques de bromhydrate de cicutine [1], qui aurait une action particulièrement sédative sur le pneumogastrique, ou d'hyoscyamine, à la partie latérale gauche du cou.

Tous ces médicaments ont encore rendu des services réels dans des cas de rétrécissements spasmodiques dont la nature et la cause étaient mal déterminées.

Chez le malade de M. le Dr Roux dont nous avons déjà parlé, le bromure de potassium à la dose de 2 gr. par jour produisit de bons résultats. Il est certain que les effets sédatifs de cette substance tendent à diminuer la sensibilité réflexe ; cependant, nous avons dit dans notre observation, que M. X... n'a pas trouvé dans l'emploi de ce médicament, le moindre soulagement à sa maladie. Ce fait ne nous étonne point, car il est difficile d'admettre que le bromure aille modifier l'état local de l'œsophage d'une quantité suffisante pour produire une diminution notable de l'excitabilité. Et si on retire des grands avantages de ce médicament contre la cystite ou quand on l'emploie pour insensibiliser le voile du palais (par exemple quand on veut préparer un malade à l'examen laryngoscopique), c'est parce que le bromure de potassium s'élimine par la vessie et par la muqueuse du voile du palais (Voisin). C'est un effet purement local, et qu'on ne peut pas espérer obtenir dans le cas de M. X...

La belladone n'a pas mieux réussi.

En présence du peu d'efficacité de tous ces médica-

1 *Progrès médical*, 1877

ments, pouvait-on et devait-on songer à employer un traitement chirurgical?

M. Broca[1] a guéri un rétrécissement spasmodique chez une hystérique *par la dilatation forcée.*

Pour quiconque a vu l'état de M. X... après le simple catéthérisme de l'œsophage qu'a pratiqué sur lui M. Demarquay, il serait au moins téméraire d'employer un semblable procédé, qui ne ferait qu'augmenter l'intensité du spasme, et en tout cas ne modifierait en rien l'état de la muqueuse à l'endroit où nous avons placé le siége de la maladie.

La dilatation progressive que conseillait Trousseau[2] pour les rétrécissements fibreux présenterait les mêmes inconvénients, comme on peut s'en convaincre en parcourant l'observation rapportée par M. Roux, dans laquelle la simple introduction de la sonde suffit pour amener une recrudescence du mal. Nous avons déjà cité dans notre chapître consacré au diagnostic, des passages de ce travail original; nous n'hésitons pas à reproduire de nouveau la réflexion suivante qui mérite d'autant plus d'être prise en sérieuse considération dans le traitement de certains rétrécissements spasmodiques, qu'elle émane d'un homme dont la valeur est partout proclamée :

« Cependant, M. Gubler a remarqué que, lorsqu'on
» avait passé l'olive dans l'œsophage, le malade avalait
» ensuite plus difficilement, phénomène dû sans doute
» à l'excitation produite par le frottement de l'olive
» sur les parois œsophagiennes, excitation qui amenait
» des contractions réflexes des muscles de cet organe. »

1 *Gaz. des hôpitaux*, 1869, p. 358.
2 In loc. cit.

Nous avons donc cherché à intervenir d'une façon à la fois plus innocente et plus efficace.

Quand nous avons expliqué tous les symptômes observés chez M. X..., nous avons insisté, afin de bien faire comprendre le mécanisme du spasme de l'œsophage, sur l'analogie qui existait entre ce phénomène et la contracture du sphincter vésical dans la cystite du col. — C'est cette ressemblance entre les deux affections qui nous a amené à imaginer un traitement que nous voudrions voir mettre à l'épreuve.

On sait depuis longtemps que l'acide carbonique exerce une action anesthésique très-marquée sur les différentes muqueuses, comme l'a très-bien établi Demarquay, qui conseille l'emploi de ce moyen dans les contractures douloureuses du col de la vessie.

Or, nous avons été frappé des merveilleux effets de ce procédé, dans un cas où tous les traitements avaient échoué.

C'était au mois de janvier 1877, alors que nous étions stagiaire dans le service de M. le professeur Broca, à l'hôpital des Cliniques ; il s'agissait d'un jeune homme d'une vingtaine d'années, qui, à la suite d'une cystite, avait conservé une hyperesthésie de la muqueuse de la vessie telle, que celle-ci ne pouvait pas contenir 20 grammes d'urine ; les mictions étaient si fréquentes, que le malade ne se livrait à aucun travail, sous peine de se déranger tous les quarts d'heure pour satisfaire son besoin de pisser.

M. Broca pratiqua des injections d'acide carbonique dans la vessie ; par ce moyen, il obtenait mécaniquement la distension de l'organe qui était ratatiné par le

fait de sa contraction permanente, et, de plus, il remédiait au mal en insensibilisant la muqueuse.

En somme, le seul but que nous voulons atteindre chez M. X..., est de détruire cet excès d'excitabilité de la muqueuse œsophagienne au niveau du sphincter diaphragmatique.

Nous avons fait construire, à cet effet, de concert avec M. Folet, une sonde spéciale pour pratiquer les injections d'acide carbonique dans l'œsophage.

La sonde est à double courant, de manière que si les gaz dilataient trop l'estomac, on pût, en comprimant la région épigastrique, en évacuer une partie par l'un des courants, tout en maintenant la communication de l'autre courant avec le réservoir à acide carbonique; elle est du calibre d'une sonde uréthrale ordinaire, six millimètres, afin que, par son passage à l'endroit où siége l'origine du spasme, elle ne détermine pas de contraction réflexe. — Cette sonde est percée, sur les parois latérales de son tiers inférieur, de plusieurs yeux destinés à faire arriver l'acide carbonique sur la partie de l'œsophage dont on veut obtenir l'anesthésie, ou, du moins, émousser la sensibilité.

L'état actuel, relativement favorable, dans lequel se trouve M. X..., ne nécessite pas d'intervention, et lui-même, du reste, n'a pas envie de s'y prêter; aussi nous n'avons pas essayé ce mode de traitement.— Mais c'est un moyen rationnel que nous mettrons en pratique à la première occasion, et que nous voudrions voir employer, le cas échéant, par des médecins plus aptes que nous à en apprécier la valeur.

TABLE DES MATIÈRES

CHAPITRE Ier. — Anatomie de l'œsophage 7

CHAPITRE II. — Observation personnelle 23

CHAPITRE III. — Discussion de l'observation et diagnostic. 45

CHAPITRE IV. — Pathogénie 69

CHAPITRE V. — Pronostic et Traitement 73

Lille. - Imp. Lefebvre-Ducrocq

3 u 1
30
p